

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N^o 206

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Henry RONCÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Kystes Hydatiques du Poumon

(Diagnostic précoce par les Rayons Röntgen)

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { *MM. SEGOND, professeur*
LEGUEU, agrégé
MAUCLAIRE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

206

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 10 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Henry RONCÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Kystes Hydatiques du Poumon

(Diagnostic précoce par les Rayons Röntgen)



Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. SEGOND, professeur
LEGUEU, agrégé
MAUCLAIRE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
	TERRIER
Clinique chirurgicale	BERGEN
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N...
	PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGRÈZ	LEGREY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Humble hommage de gratitude
profonde et d'affectueux attache-
ment.*

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

En parcourant les observations publiées de kyste hydatique du poumon, on remarque la rareté des diagnostics portés avant une vomique révélatrice, ou bien avant une ponction exploratrice pratiquée dans un but tout autre que la recherche du kyste.

Ces diagnostics tardifs trouvent en partie leur explication dans la rareté de l'affection dans notre pays. En Australie au contraire, où le kyste du poumon est très fréquent, le praticien le recherche méthodiquement, dès qu'il se trouve en présence de ses grands symptômes fonctionnels : toux, dyspnée, hémoptysies. Mais, chez nous, où la tumeur acéphalocyste est une rareté, le médecin n'y songe même pas, et, le plus souvent, l'échinocoque se dérobe à lui sous les dehors de la tuberculose ou d'un épanchement pleural.

Il n'est cependant pas sans intérêt au point de vue du traitement, que le kyste soit diagnostiqué de bonne heure, avant la suppuration. En effet, la pneumotomie, qui est la méthode de choix, à laquelle tous les chirurgiens se sont ralliés depuis quelques années, donne presque toujours lieu à une compli-

cation, qui est le fait même de la périkytite suppurative, ce sont les fistules broncho-cutanées.

De plus, lorsque le kyste est suppuré, la fermeture de la plaie par première intention ne peut être tentée, et un drainage plus ou moins long s'impose.

Ces motifs nous ont encouragé à rechercher particulièrement dans ce travail les moyens d'investigation capables de révéler de bonne heure un kyste hydatique du poumon. Nous avons cherché à montrer combien l'emploi méthodique des rayons de Röntgen pouvait être utile à cet égard.

Accordant une place prépondérante au diagnostic, nous avons divisé cette étude en quatre chapitres.

Chapitre I. Etiologie.

Chapitre II. Symptômes.

Chapitre III. Diagnostic.

Chapitre IV. Traitement.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

Le kyste hydatique du poumon est une affection rare. Vis-à-vis des kystes du foie, qui est l'organe où l'échinocoque se localise le plus fréquemment, la localisation pulmonaire serait environ de 1 pour 10, si l'on prend la moyenne des diverses statistiques publiées à cet égard. Toutefois nous devons faire des réserves et dire qu'il existe à ce point de vue des différences considérables, en passant d'un pays à un autre. Ce qui est vrai chez nous, ne l'est plus pour l'Australie, où le kyste hydatique en général et le kyste pulmonaire en particulier, sont d'une grande fréquence ; cette moyenne serait au contraire beaucoup trop élevée pour l'Islande, où Finsen, réunissant 255 cas, note seulement 7 fois la localisation pulmonaire.

Quelles raisons peuvent expliquer ces variations ?

La sécheresse ou l'humidité relative des climats en sont sans doute les principaux facteurs. Duncan Bird, qui a observé un grand nombre de kystes hyda-

tiques en Australie, attribuée à la sécheresse et à la violence du vent en ce pays, leur fréquence exceptionnelle. Dans les villes en effet, les rues sont fréquemment parcourues par des bandes de chiens errants, et l'on conçoit que leurs excréments desséchés puissent être inhalés avec les poussières soulevées par ces vents violents. Ce serait donc là un mode de contamination directe : l'embryon hexacanthe suivant les voies aériennes irait se greffer directement sur le parenchyme pulmonaire. Cette théorie n'a pas été admise par tout le monde : ceux qui l'ont combattu disaient que, seuls, les sucs digestifs étaient capables d'attaquer l'enveloppe de l'embryon, de le mettre en liberté, et lui permettre ainsi de se greffer. Il est certain que le mucus bronchique est incapable de jouer le même rôle ; mais, peut-être, les leucocytes, attirés en grand nombre par l'arrivée du parasite, sont-ils capables de le dépouiller de son enveloppe et ainsi de le libérer. En tous cas, la localisation assez fréquente du kyste au sommet du poumon est tout en faveur de cette opinion, et permet d'admettre la contamination directe possible de l'appareil respiratoire.

Il n'en est pas moins vrai que la voie la plus généralement suivie par l'échinocoque est la voie sanguine. Absorbé soit avec de l'eau, soit avec des légumes contaminés par les déjections de chiens, atteints d'échinococcose, l'embryon arrive dans l'estomac où il est mis en liberté par le suc gastrique, qui jouit du pouvoir de dissoudre son enveloppe. C'est

alors qu'il pénètre dans le système veineux, soit au niveau de l'estomac, soit au niveau de l'intestin, pour aller s'implanter en un point quelconque de l'organisme. Cette étiologie nous explique bien que l'organe le plus fréquemment atteint soit le foie, puisque c'est lui que rencontre tout d'abord le parasite amené par la veine porte. Il est possible toutefois que l'embryon hexacanthé traverse le foie sans s'y arrêter, et Behr (1), dans sa thèse, dit que les capillaires hépatiques ont un calibre suffisant pour lui livrer passage. Il pourra donc arriver de cette façon au cœur droit, d'où la circulation pulmonaire l'amènera au poumon.

Mais, le plus souvent, il est probable que le parasite évite cette traversée du foie pour arriver au poumon : les nombreuses anastomoses veineuses de la région le lui permettent. C'est ainsi qu'il peut emprunter la voie porto-sus-hépatique, ou bien passer directement des veines pariétales de l'estomac à la veine cave par l'intermédiaire des veines diaphragmatiques, des azygos. S'il a pénétré dans l'intestin, le système de Retzius, sous-jacent au duodénum, ou bien les hémorroïdaires inférieures lui fourniront des voies d'accès plus directes encore vers le cœur droit.

Dans tous les cas envisagés ci-dessus, il s'agit d'une localisation primitive de l'embryon sur le poumon. Mais un kyste peut aussi s'y développer

1. Behr. Thèse, Paris, 1894.

secondairement à une première infection en un point quelconque de l'organisme. On se trouve alors en présence du mécanisme de l'embolie : c'est une échinococcose métastatique. Si le kyste primitif se trouvait dans le cœur droit, ce qui est assez fréquent, l'embolie pourra être formée de vésicules assez volumineuses, et elle entraînera une mort rapide par asphyxie.

Ce mécanisme se trouvera encore réalisé par la rupture d'un kyste primitif du foie, soit dans la veine cave, soit dans la veine sus-hépatique gauche : mais dans ces cas également la mort sera presque toujours la conséquence de ces accidents, et la greffe secondaire n'aura pas le temps de se faire.

Il pourra enfin se produire une infection de proche en proche par rupture d'un kyste du voisinage ; l'inoculation qu'on peut observer à la suite d'une simple ponction exploratrice est de même nature : le liquide hydatique que laisse écouler le léger orifice créé par l'aiguille, transporte le parasite.

On a observé aussi de véritables réinoculations sur place, et des greffes secondaires d'un poumon à l'autre, par l'intermédiaire des bronches, à la suite d'une vomique.

Nous ne considérons pas comme pulmonaires les kystes de la face convexe du foie qui viennent à s'ouvrir dans les bronches après formation d'adhérences péritonéales et pleurales.

Tels sont les divers modes d'implantation de l'échinocoque sur le parenchyme pulmonaire.

Quels sont les gens les plus généralement atteints par le parasite ? On le rencontre chez l'homme aussi bien que chez la femme, mais il y aurait plutôt une légère prédominance dans le sexe féminin. Aucun âge n'y semble plus prédisposé qu'un autre : on possède des observations assez nombreuses de kystes développés chez de tout jeunes enfants, de 5 et 6 ans ; les vieillards n'en sont pas exempts non plus.

La classe pauvre semble payer un plus lourd tribut que la classe aisée.

Un facteur étiologique important paraît être la cohabitation avec les chiens, qui sont les hôtes habituels du *tænia* à l'état adulte. Dans bon nombre d'observations est notée la présence de ces animaux, qui avaient l'habitude de jouer avec les enfants, ou auxquels on laissait lécher les assiettes. En dehors des conditions climatiques favorables, la grande fréquence des kystes hydatiques du poumon en Australie est due sans doute à la présence dans les rues des grandes villes de véritables bandes de chiens errants, plus souvent contaminés que les autres.

Lemaire (1), dans sa thèse, a montré que la tumeur acéphalocyste du poumon était beaucoup moins rare en Algérie qu'en France : c'est que, là comme en Australie, la sécheresse est très grande en été, et des vents violents y sont très fréquents sur tout le

1. G. Lemaire. Thèse de Paris, 1903. *De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et de la pleûre en Algérie.*

littoral. Au contraire l'humidité presque constante en Islande expliquerait la rareté de la localisation pulmonaire en ce pays.

Pour terminer cette étude étiologique, nous donnerons un tableau de statistiques, indiquant la fréquence relative des kystes du poumon, par rapport à ceux des autres organes :

Organes	Davaine	Tobbold	Finsen	Neisser	David Thomas
Foie	165	161	176	451	166
Poumons et plèvres.	40	22	7	84	53
Rein, vessie	30	23	3	130	
Canal intestinal....	26	45	54	38	
Cerveau, moelle....	20	22	4	81	
Os	17	16		28	
Cœur et vaisseaux..	12	13	7	29	
Autres organes	63	25	12	59	88
Total.....	373	327	262	900	307

CHAPITRE II

Symptômes

Lorsque l'embryon hexacanthé s'est greffé en un point du parenchyme pulmonaire, le kyste se développe plus ou moins rapidement suivant les sujets ; le plus souvent l'évolution est très lente, et de latence absolue. Il peut même arriver que cette période ne soit jamais dépassée, et l'on a cité plusieurs observations de kystes hydatiques pulmonaires découverts par hasard à l'autopsie de sujets, morts d'une affection quelconque, et chez lesquels aucun symptôme n'avait jamais fait soupçonner l'existence d'un kyste.

Dans ces cas, où aucun phénomène réactionnel n'est appréciable, la tumeur se comporte dans le poumon comme un corps étranger aseptique, fort bien toléré par lui.

Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi, et, dès que le kyste acquiert un certain volume, il se manifeste par toute une série de symptômes physiques

et fonctionnels, dont l'ensemble peut assez aisément le faire diagnostiquer.

Envisageant le kyste à partir de cette époque, nous lui décrirons seulement deux périodes : la période d'état, et la période des complications. Dans ces dernières nous ferons rentrer la suppuration péri-kystique et intrakystique, bien que, par sa fréquence, elle puisse paraître un symptôme de l'évolution normale.

*
* *

PÉRIODE D'ÉTAT. — Arrivé à la période d'état, le kyste se manifeste par deux ordres de symptômes : des symptômes fonctionnels, qui sont d'ordre mécanique, ou bien dus à l'irritation du parenchyme pulmonaire par son voisinage, et des symptômes physiques, provoqués par sa seule présence.

1° Les *symptômes fonctionnels* sont beaucoup plus constants que les symptômes physiques : ils peuvent en effet apparaître aussi bien dans les kystes centraux, que dans les kystes périphériques, alors que les symptômes physiques des premiers ne sont pas faciles à déceler par les procédés ordinaires d'exploration du thorax.

Par ordre de fréquence, la toux, la dyspnée, l'expectoration sanglante, sont les grands symptômes presque toujours observés, qui manifestent la compression et l'irritation broncho-pulmonaire dues au kyste.

La *toux* ressemble le plus souvent à celle des tuberculeux à la première période : elle est presque toujours petite, sèche et brève ; quelquefois cependant elle peut devenir quinteuse et même paroxysmique. A cette période elle s'accompagne d'une expectoration simplement muqueuse, rarement muco-purulente.

La *dyspnée* ne fait presque jamais défaut. Son intensité varie avec chaque individu, mais elle peut être telle qu'elle apparaît alors comme le symptôme prédominant. Elle s'accompagne alors d'un véritable point de côté très douloureux, qui favorise singulièrement la confusion avec une pleurésie à grand épanchement. C'est d'ailleurs dans les kystes volumineux qu'elle devient aussi vive, et particulièrement dans ceux qui descendent jusqu'à la base du poumon. Dans deux de nos observations (obs. IV et VI), les malades se plaignaient surtout d'une oppression extrême, allant parfois jusqu'à l'orthopnée. Pour beaucoup d'observateurs, Hearn et Davaine en particulier, la dyspnée, plus ou moins accentuée, serait un symptôme constant.

L'*expectoration sanglante* est un autre grand symptôme très commun et très précocé. Il s'agit plutôt là d'un suintement sanguin, venant colorer les crachats, que d'une hémoptysie véritable, abondante. Elle survient facilement, sans efforts, surprenant le malade au milieu de ses occupations, et elle n'entraîne pas à sa suite la dépression profonde qui suit généralement les autres hémoptysies. Elle est

légère, mais fréquente, parfois quotidienne, faite de crachats compacts, non aérés, ressemblant souvent aux crachats rouillés ; elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni de frisson, ni d'expectoration purulente. Le professeur Dieulafoy (1) a insisté tout spécialement sur les caractères de cette hémoptysie à répétition, sans grande altération de l'état général : ce serait pour lui un symptôme capital, presque pathognomonique de kyste hydatique du poumon.

La *douleur* est très variable : comme nous l'avons vu, elle acquiert parfois l'intensité d'un point de côté. Dans les kystes volumineux, on peut observer les déplacements des organes, tout comme dans les pleurésies importantes. Celui qu'on observe le plus souvent est le déplacement du cœur, dans les gros kystes situés à gauche. La pointe peut battre dans ces cas à droite du sternum. Les reproductions que nous donnons des radiographies de l'observation IV permettent de constater ces déplacements. La mort subite peut venir les compliquer, lorsqu'ils sont accentués.

La compression peut encore entraîner de l'œdème, soit des membres inférieurs, soit, moins souvent, des membres supérieurs.

Dès cette période, avant toute suppuration, peut survenir l'ouverture du kyste dans les bronches : il

Dieulafoy. « Les hémoptysies dans les kystes hydatiques du poumon. » *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. IV, 1901-1902, p. 328.

se produit alors une vomique abondante, formée d'un liquide parfaitement limpide, « eau de roche ». Dans ce liquide peuvent se retrouver des débris de membranes et des crochets d'échinocoques, visibles au microscope : le diagnostic s'impose alors. La mort rapide par asphyxie survient quelquefois, du fait de cette vomique.

Consécutivement, ou indépendamment de toute ouverture du kyste, on a souvent noté, dès cette période, des éruptions d'urticaire, qui doivent toujours éveiller l'idée de l'infection échinococcique.

2° Les *signes physiques* ne sont pas moins importants pour le diagnostic, dès que le kyste est devenu suffisamment proche de la paroi, c'est-à-dire accessible à l'exploration. On conçoit en effet que de tout petits kystes, situés en plein parenchyme pulmonaire, et séparés de la paroi par une lame épaisse de tissu sain, ne puissent donner naissance à aucun signe appréciable.

L'*inspection* permettra souvent de noter une voussure plus ou moins nette au niveau du kyste, les espaces intercostaux font alors saillie en cet endroit : on peut demander à la cytométrie des renseignements plus précis. Dans ces cas-là, on peut noter avec Bird « une diminution dans l'amplitude des excursions costales, le côté malade ne s'affaissant pas au moment de l'expiration autant que le côté sain et restant toujours dans un état voisin de la dilatation ».

La *palpation* montre que les vibrations thoraci-

ques sont très diminuées, sinon complètement abolies.

La *percussion* dénote une matité absolue, matité de bois, à contours nets, arrondis, correspondant aux limites du kyste, et se terminant brusquement pour faire place à une sonorité normale, ou même exagérée, à un véritable bruit tympanique, entourant la zone mate. Duncan Bird et plusieurs observateurs (1) ont insisté beaucoup sur cette limitation très nette de la zone de matité, accompagnant un silence respiratoire bien limité aussi au même territoire.

En effet l'*auscultation* nous montre une abolition complète du murmure vésiculaire au niveau des parties mates ; et brusquement, tout autour, on entend une respiration plus forte que normalement, prenant le caractère puéril. Contrairement à ce qu'on observe dans les pleurésies, l'absence de respiration ne s'accompagne pas ici d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone. — Le plus souvent on note une exagération de la respiration du côté opposé.



PÉRIODE DES COMPLICATIONS. — La *suppuration* du kyste est une complication tellement fréquente, que beaucoup la considèrent comme un simple symptôme de l'évolution normale : pour notre part, nous

1. Géraud et Remlinger. « Sur le diagnostic des kystes hydatiques du poumon. » (*Bull. méd.*, Paris, 1897, XI, 845.)

l'envisagerons comme une complication, parce qu'elle peut fort bien ne jamais se produire, et qu'elle aggrave toujours singulièrement le pronostic.

Tant que la membrane hydatique est intacte, la suppuration intra-kystique ne pourra se produire : en effet, le contenu du kyste est parfaitement aseptique, et sa membrane, si mince soit-elle, constitue pour les microbes venus de l'extérieur une barrière infranchissable. MM. Chauffard et Widal (1) ont dit à ce propos : « Quelle que soit l'origine de l'apport infectieux, la suppuration ne peut envahir la poche kystique que si les parois de celle-ci ont été au préalable fissurées ou altérées par une péri-kystite suppurative. Pas de germes microbiens dans une poche kystique intacte. »

Une légère restriction doit être faite à cette opinion : car l'apport des microbes pourra très bien être le résultat d'une ponction exploratrice faite dans une poche indemne de toute péri-kystite, et produire d'emblée la suppuration intra-kystique. Mais, le plus souvent en fait, celle-ci est consécutive à la péri-kystite suppurative, résultant de l'irritation de voisinage produite par la tumeur acéphalocyste, et qui finit par altérer et fissurer les parois de la poche. Cette péri-kystite débute souvent au cours d'une bronchite, d'une grippe ou d'une infection quelconque, qui met l'individu dans un état de moindre résistance. Presque toujours elle se développe insi-

1. Soc. de Méd. des Hôp., 1891, p. 168.

dieusement, par poussées successives. Parfois elle se manifeste bruyamment par les symptômes des infections graves : anorexie, état gastrique, frissons répétés, fièvre plus ou moins élevée. Les symptômes fonctionnels du kyste s'aggravent alors : la toux devient beaucoup plus fréquente, et cesse d'être sèche comme au début ; l'expectoration devient muco-purulente ; les hémoptysies sont plus abondantes et restent aussi fréquentes ; la dyspnée est plus forte.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la péri-kystite entraîne alors la suppuration du kyste lui-même, qui aboutit à la rupture de la poche. Cette rupture se fait le plus souvent dans les bronches, et se révèle par une vomique purulente abondante.

La *vomique* est un épisode bruyant, qui souvent fera diagnostiquer un kyste méconnu jusque-là. Elle a en effet des caractères très particuliers : elle contient souvent des lambeaux de membranes hydatiques, et des débris de vésicules ressemblant à des grains de raisin. L'examen microscopique peut y déceler l'existence des crochets d'échinocoque.

Souvent elle survient après une quinte de toux assez forte, après des éternuements, ou un traumatisme. Ou bien elle arrive subitement, sans phénomène précurseur : le malade sent alors quelque chose qui se déchire dans sa poitrine ; puis il rejette, dans un accès de toux quinteuse, un flot de liquide plus ou moins limpide, parfois franchement purulent, ou bien sanguinolent. Il est en proie à une dyspnée

très vive, angoissante : il suffoque. La mort subite par asphyxie a été observée au cours de vomiques particulièrement abondantes.

La décompression brusque, occasionnée par le rejet d'une grande quantité de liquide, peut entraîner des accidents graves de congestion ou d'œdème pulmonaire aigus, accompagnés d'hémoptysies abondantes.

Une première vomique peut être accompagnée de plusieurs autres, dans les jours qui suivent. Presque toujours, à ce moment, on observe une éruption d'urticaire plus ou moins généralisée.

La vomique peut être suivie d'affaissement et de cicatrisation de la poche, surtout dans les kystes de petit volume à parois minces. Dans ce cas, elle est alors un incident favorable, qui amène la guérison naturelle. Mais, très souvent, lorsque le kyste était volumineux, elle donne naissance à la caverne hydatique, dont les symptômes sont ceux de toutes les cavernes : à l'auscultation, on perçoit un souffle amphorique, du tintement métallique ; souvent on perçoit des gargouillements.

La toux et la dyspnée augmentent d'intensité. Les hémoptysies perdent le caractère qu'elles avaient au début : elles deviennent très abondantes. L'expectoration devient franchement purulente, parfois fétide, abondante surtout le matin, lorsque le malade vide sa caverne.

La fièvre apparaît quotidiennement chaque soir ;

il perd l'appétit, maigrit, et finit par succomber à la cachexie.

La suppuration du kyste n'est pas sans retentir sur son voisinage : quand il s'agit de kystes centraux, on observe souvent des poussées de bronchite, de broncho-pneumonie, ou même de pneumonie franche.

Plus souvent, dans les gros kystes arrivant au voisinage de la plèvre, celle-ci ne tarde pas à s'enflammer ; la *pleurésie* est généralement *sèche* au début ; elle forme entre les deux feuillets des adhérences, qui protégeront plus tard le reste de la cavité contre l'infection.

Il se forme parfois un épanchement plus ou moins abondant, et cette *pleurésie séreuse* contribue à masquer le kyste et rendre plus difficile le diagnostic. Si le kyste suppuré vient à s'ouvrir non pas dans les bronches, mais dans la plèvre, une *pleurésie purulente* s'installe alors d'emblée. S'il y a en même temps, une légère communication avec les bronches, c'est alors un *pyopneumothorax*, dont l'issue est presque toujours fatale.

*
* *

Pronostic. — Les kystes hydatiques du poumon peuvent parfois s'arrêter dans leur accroissement, et se calcifier ; l'autopsie a révélé parfois de petits kystes ainsi calcifiés, qui ne s'étaient manifestés par aucun symptôme, et avaient été fort bien tolérés par le poumon, comme un corps étranger asepti-

que. Mais ce processus de régression est très rare ; le kyste a une tendance naturelle à s'accroître d'une façon progressive ; il aboutit alors à la suppuration, qui amène plus ou moins rapidement une vomique. Celle-ci peut aussi être suivie de l'affaissement du kyste et devenir un mode guérison naturelle.

Ces terminaisons heureuses n'atteignent pas un chiffre bien élevé dans les statistiques : les meilleures ne donnent pas 50 o/o. D'après Davaine, la mortalité des kystes, *abandonnés à eux-mêmes*, atteindrait 60 o/o, pour Hearn, elle irait jusqu'à 73 o/o. Les nombreux succès obtenus dans ces dernières années par la pneumotomie, ont beaucoup abaissé le taux de mortalité générale des kystes pulmonaires, et rendent leur pronostic moins sombre. Pasquier, dans sa thèse, a réuni 108 cas traités par l'opération radicale, et noté 92 guérisons, ce qui donne une moyenne de 85 o/o.

CHAPITRE III

Diagnostic

I. — *Diagnostic positif*

Les différents symptômes que nous venons d'étudier, quand ils existent au complet, suffisent à engendrer une conviction quasi absolue. C'est sur eux que se base le diagnostic positif de kyste hydatique du poumon. Toutefois, comme on l'a remarqué, aucun n'est absolument particulier à cette tumeur et la plupart se rencontrent dans d'autres affections du thorax, en particulier la pleurésie et la tuberculose, avec lesquelles elle est le plus généralement confondue.

Mais nous avons à notre disposition une méthode nouvelle, qui peut rendre les plus grands services pour étayer un diagnostic incertain : ce sont les rayons de Roentgen. Lorsque l'idée de kyste hydatique aura été éveillée par la constatation d'une toux opiniâtre, accompagnée de dyspnée vive et de peti-

tes hémoptysies à répétition, lorsque nous aurons constaté la présence d'une matité à limites brusques, arrondies et invariables, coïncidant avec une abolition du murmure vésiculaire dans la même région, nous devons demander à la radioscopie et à la radiographie de confirmer le diagnostic soupçonné : presque toujours la question sera tranchée d'une façon définitive après cet examen. Nous pourrions ainsi éviter cet autre moyen d'investigation et de contrôle très dangereux : la ponction exploratrice.

Nous nous étendrons longuement sur l'emploi des rayons de Röntgen, parce que c'est la méthode qui nous semble donner les résultats les plus précieux tout en restant absolument inoffensive. Nous ferons ensuite le procès de la ponction exploratrice, dont nous montrerons les dangers, et qu'on ne doit pas hésiter à laisser de côté, puisqu'elle n'est plus nécessaire comme elle l'était autrefois.

Radioscopie. Radiographie. — La science radiologique date de douze ans seulement, et depuis cette époque, elle a pris une place considérable parmi les procédés d'exploration clinique. On l'employa surtout au début pour l'examen des os, ou pour la recherche des corps étrangers. Mais on vit bientôt quels services elle pouvait rendre dans l'examen des organes splanchniques, et, depuis lors, la clinique interne s'adresse à elle aussi souvent que la clinique externe. Le kyste hydatique du poumon est une des affections dans lesquels les rayons Röntgen sont le plus utiles au diagnostic : parmi tous les autres pro-

cédés d'investigation, ils doit être mis au premier rang.

En effet, dans cette affection toujours difficile parfois impossible à diagnostiquer avec les moyens ordinaires d'exploration du thorax, la radioscopie à elle seule peut entraîner une conviction absolue, sans qu'il soit besoin d'en demander confirmation à la ponction exploratrice, dont nous verrons plus loin les dangers.

Nous dirons tout d'abord que, dans l'exploration du thorax, l'examen radioscopique devra toujours précéder l'épreuve radiographique. En effet, selon l'heureuse comparaison du Dr Bécclère (1), « l'écran fluorescent joue en quelque sorte le rôle de la glace dépolie ou de la chambre claire des appareils photographiques. » Il montre toute une série d'images différentes, correspondant aux positions relatives du malade, de l'ampoule et de l'écran. Cette succession d'images permet d'apprécier exactement les contours, les dimensions, la situation dans le thorax, de la tumeur ou du corps étranger examiné. L'observateur exercé peut ainsi s'en faire une représentation mentale parfaite, et il pourra mieux choisir ensuite celle de ces images qui correspond le plus exactement à cette représentation, pour la fixer par la radiographie. « L'idéal de la radiographie, dit encore le Dr Bécclère, serait de pouvoir, pendant

1. A. Bécclère. *Les Rayons de Roentgen et le diagnostic des maladies internes.*

l'examen radioscopique, au moment voulu, substituer une plaque à l'écran. »

« Toutes les lésions qui substituent à l'air des « vésicules une substance de densité analogue à celle « de l'eau, se traduisent sur l'écran par une opacité « anormale. » Tout kyste fermé, dont la poche est remplie par le liquide hydatique, se révélera donc par une tache sombre, qui tranchera nettement sur le fond clair du parenchyme pulmonaire environnant.

L'ombre projetée a des contours arrondis, bien délimités, comme tracés au compas. « Les sacs de « l'échinocoque, dit Guido Holzknecht, se délimitent « très nettement du parenchyme pulmonaire, qui « n'a rien perdu de sa transparence, comme cela « est aussi de toutes les tumeurs qui, par leur développement endogène, déplacent le parenchyme « pulmonaire, sans le détruire. »

Ces limites très nettes et arrondies sont tout à fait caractéristiques; à part le kyste hydatique, il n'y a que deux affections intra-thoraciques, qui puissent donner une image un peu semblable : ce sont les anévrismes de l'aorte et les néoplasmes pleuro-pulmonaires, qui seront généralement faciles à éliminer soit par le simple examen radioscopique, soit à l'aide des symptômes cliniques bien particuliers.

En effet, s'il s'agit d'un anévrisme de l'aorte on pourra voir sur l'écran, surtout en pratiquant l'examen oblique antérieur droit, que le point de départ de la tumeur est sur la crosse de l'aorte, que celle-ci

n'a plus sa forme rubannée, mais présente un renflement qui recouvre plus ou moins l'espace clair médian ; de plus, les battements rythmiques de la tumeur et son expansion seront souvent très visibles. Enfin les signes physiques et fonctionnels de l'anévrisme, tels que le retard du pouls radial, le souffle, les signes de compression, sont assez particuliers pour que la confusion ne soit guère possible.

Quant aux néoplasmes, ils donnent bien aussi des ombres assez nettement limitées, mais l'opacité est généralement moins franche que dans le kyste hydatique, et les contours en sont aussi moins réguliers, moins bien tranchés. L'état général du malade, rapidement mauvais, le facies, les ganglions, la cachexie, l'expectoration gelée de groseille, la présence de fibres élastiques dans les crachats, permettront de faire le diagnostic. Toutefois, lorsque ces symptômes cliniques font défaut, il faut avouer que la difficulté devient grande, et c'est dans ces cas-là surtout, qu'il faudra se résigner à recourir à la ponction exploratrice.

En somme, les deux seules affections qui donnent sur l'écran radioscopique une image de même aspect que le kyste hydatique, en sont assez différentes cliniquement, pour que l'erreur ne soit guère facile à commettre. Par contre, les affections, le plus souvent confondues avec lui, la tuberculose et la pleurésie, se révèlent par des images très différentes, lorsque le malade est traversé par les rayons Röntgen.

Dans la pleurésie avec épanchement, toute la partie inférieure du côté malade du thorax est obscurcie : on n'aperçoit plus ni le sinus costo-diaphragmatique, ni le contour du diaphragme : la limite supérieure de l'ombre est presque linéaire. Dans le kyste au contraire, le sinus reste toujours libre, et presque toujours, même s'il est volumineux, il reste une bande claire de parenchyme intact, séparant la courbe à convexité supérieure du diaphragme de la courbe à convexité inférieure du kyste. De plus, la limite supérieure est, elle aussi, nettement arrondie, et non pas linéaire.

Lorsque la pleurésie est enkystée, la difficulté sera un peu plus grande : toutefois, l'ombre n'aura jamais dans ce cas les contours très réguliers, comme tracés au compas, d'un kyste hydatique.

La tuberculose se manifeste sur l'écran par des images très différentes, suivant les périodes de son évolution. Nous l'envisagerons à la phase d'infiltration caséeuse, et à la période des cavernes.

Au début, on n'observe qu'une diminution légère de la clarté pulmonaire au sommet ; l'opacité devient de plus en plus nette, à mesure que l'infiltration s'accroît ; mais ce n'est presque jamais une opacité massive comme dans le kyste : les images sont bigarrées, présentent un aspect tacheté, marbré ; les contours sont toujours mal limités, déchiquetés, très différents par conséquent de l'ombre kystique.

Les cavernes pulmonaires se manifestent par un anneau sombre, à limites imprécises, entourant un

espace très clair. Un kyste fermé ne pourra donc jamais être confondu avec elles ; mais il n'en est pas de même du kyste ouvert et vidé, devenu la caverne hydatique. L'aspect est le même : la paroi du kyste est encore révélée par un cercle d'ombre, entourant un espace clair qui correspond à la caverne, la seule différence est la plus grande netteté des contours de l'anneau.

Dans ce cas là d'ailleurs, l'examen radioscopique n'est guère pratiqué pour trancher le diagnostic de la lésion, mais plutôt pour rechercher la situation et l'origine exactes du kyste. Les vomiques précédentes, les commémoratifs n'auront en effet guère permis de le méconnaître.

Le rôle de la radioscopie ne se borne pas à faire diagnostiquer le kyste : elle donne aussi de précieuses indications pour le traitement. Elle révèle les lésions concomitantes fréquentes, qu'il est utile au chirurgien de connaître. Les adhérences pleurales, la pleurésie avec épanchement, un pyopneumothorax apparaissent nettement sur l'écran.

Elle donne aussi les renseignements les plus précis sur le volume et la situation exactes du kyste, et surtout elle révèle son origine pulmonaire ou hépatique : une bonne radiographie sera un guide précieux pour le chirurgien, au moment de pratiquer la pneumotomie.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que les cas où la radioscopie est capable de confirmer un diagnostic soupçonné. Nous devons dire aussi que, dans cer-

tains cas, elle peut être une véritable révélation, et montrer un kyste qui n'était nullement accessible à l'exploration thoracique ordinaire : il suffit en effet qu'une mince lame de tissu pulmonaire sain sépare le kyste de la paroi, pour qu'il ne donne lieu à aucun des symptômes physiques appréciables par la percussion et l'auscultation. C'est le cas des petits kystes centraux, développés à la base du poumon, qui seront nettement visibles sur l'écran, dès qu'ils auront la grosseur d'une noix, alors qu'ils seront incapables de donner naissance à de la matité, ou de diminuer le murmure vésiculaire.

La ponction exploratrice. — Après ce que nous avons dit des avantages offerts par la radioscopie, pour faire un diagnostic précoce de kyste hydatique du poumon, nous nous croyons autorisé à entamer le procès de cet autre moyen d'investigation couramment employé : la ponction exploratrice. On admet généralement que c'est là une petite opération sans danger : telle n'est pas notre opinion. Un assez grand nombre d'observations sont rapportées, où la mort subite ou rapide suivit immédiatement la ponction exploratrice, ou bien survint quelques heures après. En voici quelques unes.

Hector Mackensie (Semaine méd., 1892, p. 138.)
— Kyste hydatique du poumon droit. La ponction exploratrice pratiquée ramène un liquide clair. Elle est suivie de mort deux heures après. A l'autopsie, on constate que plusieurs bronches de gros calibre communiquent avec le kyste, et sont inondées par le liquide.

Schede (Cité dans Madelung, p. 86). — Kyste occupant la totalité du côté droit de la poitrine. La ponction exploratrice cause de suite une toux grave avec expectoration de beaucoup de liquide. Le malade meurt par suffocation en quelques minutes.

Shields (*Austr. Med. Journ.*, 1884, p. 360). — Immense kyste occupant presque tout le poumon droit. La ponction exploratrice est suivie de toux, fièvre, dyspnée. La mort survient cinq jours après.

Schaltz (Cité dans Madelung). — La ponction pratiquée avec une seringue de Pravaz amène la mort subite dans un accès de toux.

Williams (*Autr. Med. Journ.*, 1881, p. 267). — Kyste hydatique du poumon simulant un hydrothorax. La ponction exploratrice est suivie de mort quarante-huit heures après.

Ces quelques cas suffisent à démontrer que le praticien n'a plus le droit de considérer la ponction exploratrice comme une opération inoffensive, et puisque d'autres moyens très sûrs lui sont offerts pour trancher un diagnostic, il ne doit pas en faire courir les risques à son malade.

Recherchons maintenant comment une opération, très bénigne en effet, quand il s'agit d'une pleurésie, peut devenir aussi dangereuse en cas de kyste hydatique. Plusieurs raisons pourront être invoquées :

A l'intérieur de la poche kystique, le liquide qu'elle contient se trouve sous l'influence d'une pression assez élevée : qu'une ponction exploratrice vienne à être pratiquée, l'orifice, même capillaire créé par

l'aiguille, pourra devenir une porte de sortie pour le liquide, à cause de cette pression. Or ce liquide est extrêmement toxique, et il sera absorbé très facilement et très rapidement, surtout si l'orifice de sortie se trouve au voisinage d'une séreuse, de la plèvre. On comprend alors qu'il puisse donner lieu à des accidents d'intoxication d'une gravité exceptionnelle.

Sous l'influence de cette même pression, la légère effraction causée par l'aiguille peut encore devenir le point de départ d'une effraction plus large ; une véritable rupture du kyste pourra se produire, surtout si la poche présente une friabilité particulière ; les accès de toux qui surviennent alors augmentent encore la pression kystique, et accélèrent la sortie du liquide : c'est par ce mécanisme que peut s'expliquer une véritable inondation des bronches, provoquant la suffocation et l'asphyxie rapides, au cours d'une abondante vomique.

En dehors de ces dangers si graves, qui mettent en péril la vie du malade, la ponction peut avoir encore d'autres conséquences fâcheuses : elle peut provoquer la dissémination, l'ensemencement du parasite dans les organes et dans les tissus voisins. Enfin elle peut devenir et elle devient souvent en fait l'origine de l'infection du kyste. On sait que le liquide eau de roche est parfaitement aseptique, tant que la poche reste intacte ; mais, en revanche, il est essentiellement facile à infecter, et offre aux microbes un véritable bouillon de culture, dès que les parois du kyste ont laissé aux agents extérieurs une

porte d'entrée, si minime fût-elle. Comme on le verra plus tard au chapitre du traitement, cette infection du kyste créera des conditions moins favorables pour l'opération de choix, qui est la pneumotomie.

Nous sommes donc en droit de conclure que la ponction exploratrice est loin d'être une opération inoffensive, et qu'elle devra être évitée toutes les fois qu'on pourra se croire en présence d'un kyste hydatique. Si, autrefois, elle s'imposait avec un caractère de nécessité absolue, pour trancher un diagnostic presque impossible à faire par les procédés ordinaires d'exploration du thorax, elle n'est plus guère utile maintenant que l'examen radioscopique nous fournit des renseignements suffisants.

Cet examen sera donc toujours pratiqué avant la ponction, et celle-ci ne sera autorisée que dans les cas rares où un diagnostic particulièrement difficile n'aura pu être fait d'une façon absolue.

Dans ces cas seulement, où elle ne pourra être évitée, la ponction sera alors pratiquée avec une seringue de Pravaz, armée d'une très fine aiguille ; on retirera une très faible quantité de liquide, et, plus qu'en toute autre circonstance, on devra s'entourer des précautions d'antisepsie les plus rigoureuses, pour éviter l'infection si facile du kyste. De plus, elle doit être envisagée comme le premier temps de l'opération radicale, de la pneumotomie, pour laquelle tout aura été préparé, et qui sera pratiquée de suite, si le diagnostic est confirmé. En un mot, la ponction n'appartient plus au médecin, mais

doit être réservée au chirurgien ; elle ne sera faite qu'à bon escient, dans les cas d'urgence, après un examen radioscopique, qui n'aura pu éliminer absolument un néoplasme pleuro-pulmonaire.

II. — *Diagnostic différentiel*

Ce diagnostic a déjà été fait en partie, lorsque nous avons étudié quels services peut y apporter l'emploi des rayons de Rœntgen. Nous nous baserons donc ici uniquement sur les symptômes fonctionnels et sur les signes physiques accessibles aux moyens ordinaires d'exploration du thorax.

1° *Tuberculose pulmonaire.* — La tuberculose est l'affection avec laquelle le kyste du poumon a été le plus souvent confondu. L'erreur peut être commise à la période d'induration, qui prête à confusion avec un kyste fermé du sommet, ou bien à la période cavitaire, qui présente une grande analogie avec la caverne hydatique.

Ce sont les symptômes fonctionnels surtout qui se ressemblent dans les deux affections : la toux, la dyspnée, les douleurs thoraciques ont les mêmes caractères. Seule, l'hémoptysie semble être différente. Dans la tuberculose, c'est une hémorragie franche, plus ou moins abondante, ne se répétant qu'à intervalles plus ou moins éloignés, tandis que dans le kyste, c'est plutôt un suintement sanguin, quotidien, sans grand retentissement sur l'état général. Une santé, qui se conserve relativement bonne,

alors que les lésions paraissent avancées, plaidera toujours en faveur du kyste.

L'examen microscopique des crachats donnera les renseignements les plus utiles : la présence de bacilles de Koch affirmera la tuberculose ; s'il s'agit d'un kyste ouvert, on pourra y trouver des crochets d'échinocoque, qui permettront aussi de faire le diagnostic.

L'examen local peut aussi fournir des données très instructives.

Le signe de Bird, la matité à contours nettement arrondis, faisant place brusquement à la sonorité, ne se retrouve pas dans la tuberculose.

« Dans la phtisie avec excavation, le thorax est « en général rétracté, affaissé ; les creux sous-claviculaires sont déprimés. Le kyste au contraire, produit une dilatation de la poitrine, parfois une voussure nettement circonscrite, que l'on ne rencontre jamais chez un phtisique. » (G. Sée et Talamon) (1).

Il peut arriver que des lésions tuberculeuses dans l'un et l'autre poumon coïncident avec un kyste hydatique. Il est alors très difficile de dire ce qui revient à chacune des deux affections.

2° *Pleurésie*. — La pleurésie séro-fibrineuse a généralement un début très brusque ; elle se manifeste par un point de côté très violent ; la matité ne présente pas les contours arrondis de la tumeur kys-

1. G. Sée, et Talamon. *Maladies du poumon*, p. 509.

tique ; à l'auscultation, elle donne lieu à de l'égo-phonie et à de la pectoriloquie aphone, qui ne sont pas observées dans le kyste.

Lorsque la pleurésie est enkystée, le diagnostic devient très difficile, parfois impossible à faire. Seul, dans ces cas, l'examen radioscopique peut donner des renseignements utiles.

3° *L'anévrisme de l'aorte et les tumeurs malignes du poumon* donnent sur l'écran radioscopique une image semblable à celle du kyste : c'est pourquoi nous avons fait le diagnostic complet au paragraphe précédent.

Nous n'y reviendrons pas ici.

4° *Les kystes hydatiques du foie*, secondairement ouverts dans les bronches, après formation d'adhérences, peuvent être pris pour des kystes primitifs du poumon. Behr, dans sa thèse, cite l'observation d'un malade de M. Tillaux, où un kyste hydatique du lobe gauche du foie fut pris pour un kyste pulmonaire, et fut traité d'emblée par la pneumotomie. La méprise inverse peut être faite. Pasquier rapporte un cas opéré par M. Tuffier, qui, croyant à un kyste du foie, ouvrit la séreuse péritonéale, et s'aperçut alors que le kyste était intra-thoracique.

Lorsque le volume de la glande hépatique semble normal, si le malade n'a jamais eu d'ictère, jamais de troubles du côté du foie, ni de troubles digestifs, s'il tousse et crache du sang, tout penchera en faveur du kyste pulmonaire.

Si, au contraire, après l'ouverture dans les bron-

ches, le liquide expectoré est teinté par la bile, et présente une amertume désagréable, il faudra alors songer au kyste du foie. C'est encore ici l'examen radioscopique qui donnera les meilleurs renseignements.

CHAPITRE IV

Traitement

Les anciens, voyant l'impuissance de la médecine dans les tumeurs du poumon, avaient bien songé à intervenir activement, et l'on attribue à Hippocrate l'honneur d'avoir pratiqué la première pneumotomie. Krimer en 1830, la pratiqua pour un abcès pulmonaire. Mais les interventions sur le poumon ne sont vraiment entrées dans la pratique courante de la chirurgie que depuis une quarantaine d'années. C'est en 1867 que, pour la première fois, Southey et Mac Gillivray tentèrent chacun la pneumotomie pour deux cas de kystes hydatiques pulmonaires : ils obtinrent deux succès : depuis cette époque, les succès de ce genre se sont multipliés.

Avant cette date, le kyste hydatique n'était possible que d'un seul traitement : la ponction. Le traitement médical était nul ; presque toujours il se bornait à l'expectative. Tout au plus, lorsque le kyste était suppuré, et que survenait une vomique,

ordonnait-on au malade quelques inhalations antiseptiques. Presque tous ces kystes, abandonnés à eux-mêmes, avaient une évolution fatale, et les diverses statistiques publiées donnent un taux de mortalité effrayant : Davaine indique un pourcentage qui s'élève à 60 o/o ; pour Hearn, le chiffre est encore plus fort et atteint 73 o/o de décès.

En présence d'un kyste hydatique fermement diagnostiqué, un traitement chirurgical s'impose donc, sous l'une de ses deux formes : la ponction ou la pneumotomie. Nous ne mentionnerons que pour mémoire la pleurotomie simple, qui s'applique plutôt aux kystes de la plèvre, ou à ceux du poumon qui se sont secondairement ouverts dans la plèvre.

La Ponction. — La ponction, pratiquée dans un but thérapeutique, peut rechercher l'évacuation totale, ou seulement partielle du liquide hydatique.

L'évacuation partielle, la plus généralement pratiquée, a surtout pour but de retirer une partie du liquide, soit le quart, soit le tiers, et de la remplacer ensuite par une quantité moindre d'un liquide médicamenteux antiseptique, qui aura pour rôle de tuer le parasite, et d'amener ainsi la régression du kyste.

On se sert généralement des appareils de Potain ou de Dieulafoy. Le liquide employé peut être soit une solution de nitrate d'argent de 1 à 5 o/o, ou bien une solution de sublimé à 1/4000 ; cette dernière est actuellement la plus employée. Dans l'un ou l'autre cas, la quantité de solution injectée ne doit pas

dépasser le quart ou le tiers du volume de liquide hydatique retiré.

On a fait encore des injections de chlorure de sodium. L'évacuation totale, beaucoup plus rare, peut être pratiquée comme la thoracentèse ordinaire, sans injection modificatrice consécutive, ou bien être suivie comme précédemment, d'un lavage antiseptique : la solution employée dans ces cas-là est souvent une solution iodée, dont on peut injecter environ 250 grammes. Le lavage à l'eau boriquée a aussi été essayé avec succès.

Que devons-nous penser de cette méthode dans le traitement des kystes hydatiques du poumon ? Nous n'hésitons pas, pour notre part, à la rejeter d'une manière absolue. Longtemps elle a eu ses défenseurs ardents, qui maintenant se font de moins en moins nombreux. En présence des nombreux résultats désastreux qu'elle a donnés, presque tout le monde est d'accord maintenant pour la condamner, et se rallier à la seule méthode de choix : la pneumotomie. Robert Pasquier (1), dans une thèse très complète, inspirée par le Dr Tuffier, sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon, a réuni trente-six cas, où la ponction avait été employée.

Voici quels ont été les résultats.

1. Robert Pasquier. Thèse de Paris, 1899. *Traitement des kystes hydatiques du poumon.*

Huit fois la mort subite ou rapide a suivi la ponction.

Bird.	Mort subite
Bristome.	Mort sept minutes après
Cornil et Gibier. .	Mort huit heures après
Graham.	Mort subite
Lonsdale Holden. .	Mort cinq minutes après
Lonsdale Holden. .	Mort une heure après
Hector Mackensie. .	Mort deux heures après
Schede.	Mort en quelques minutes

Dans quatre autres cas la mort est survenue dans les cinq jours qui ont suivi la ponction :

Caron et Souberran.	Mort cinq jours après
Clerc et Baxié. . .	Mort quatre jours après
Dunn.	Mort quatre jours après
Shield's.	Mort cinq jours après

Ajoutons à cette liste la malade de notre observation VI publiée par le Dr Sainton, où la mort est survenue trois jours après la ponction.

Enfin onze fois la ponction a été suivie de décès survenant dans un délai plus long, variant de quinze jours à deux mois.

En regard de ces 24 morts, la statistique n'enregistre pas plus de 13 guérisons, ce qui donne le taux de mortalité de 64 o/o.

Ce résultat parle assez par lui-même, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister longuement pour faire rejeter définitivement la ponction de la thérapeutique des kystes pulmonaires. Nous recherchons seulement à expliquer ce qui peut amener des acci-

dents aussi graves. Nous avons déjà traité en partie cette question au chapitre du diagnostic, en montrant les dangers de la simple ponction exploratrice. Nous ne nous répéterons donc pas ici : on comprend en effet que ces dangers soient les mêmes, pour la ponction évacuatrice ; dans celle-ci surtout la rupture de la poche est un accident menaçant. En 1883, le professeur Cornil publia une observation (1) de kyste hydatique, où, ayant pratiqué la ponction, celle-ci fut suivie de rupture de la poche, irruption du liquide dans les bronches, et asphyxie rapide ; il fit remarquer non sans raison, que l'aspiration ne lui semblait pas étrangère à l'éclosion de ces accidents : « La communication, dit-il, de la poche adventice avec une ou plusieurs bronches, existe fréquemment : l'aspiration a pour effet d'attirer brusquement l'air sur un point limité de la tunique molle de l'hydatide, qui se laisse déprimer, et se déchire au niveau de la bronche, dans laquelle le liquide fait irruption. »

L'aspiration peut encore agir autrement : elle peut favoriser le décollement de la membrane du kyste et provoquer une décompression brusque des vaisseaux du poumon, puis leur congestion : une hémorragie pulmonaire abondante peut alors se produire dans le tissu généralement friable qui environne la poche (Obs. III). Dans tous les cas où une grande quantité de liquide est retirée de la poche, le tissu pulmonaire se trouve exposé au plus haut point à la congestion ou à l'œdème *a vacuo*.

1. Cornil et Gibier. Soc. Anat., 1883.

Enfin la ponction est encore une source extrêmement fréquente d'infection du kyste: il est très rare que celui-ci ne suppure pas consécutivement. C'est ce qui est arrivé à la malade de l'observation IV, traitée par notre maître, le Dr Galliard. On voit dans cette même observation, que la malade fut prise de stomatite mercurielle. C'est là en effet un autre accident qui arrive fréquemment à la suite d'injection de sublimé dans la poche. M. Pierre Merklen, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux, du 26 juin 1903, cite le cas d'une malade, qui fut atteinte de stomatite et entérite mercurielles graves, à la suite d'injections de faibles doses de liqueur de Van Swieten : ces accidents n'empêchèrent pas d'ailleurs la suppuration consécutive du kyste.

Nous dirons encore, pour condamner la ponction, que, même dans le cas où elle semble amener la guérison, celle-ci n'a peut-être pas un caractère définitif : en effet, la poche reste toujours au sein du parenchyme pulmonaire, comme une source d'infection toujours menaçante.

Pour nous résumer, nous dirons que la ponction amène bien rarement la guérison, qu'elle est une opération incomplète, et surtout extrêmement dangereuse, ce qui doit suffire pour la faire rejeter de la thérapeutique.

La Pneumotomie.— L'ablation des hydatides du poumon est le procédé de choix auquel il convient d'avoir recours. Dès que le diagnostic est établi, si

le kyste a atteint un certain volume, il est sage d'intervenir le plus tôt possible. Nous ne ferons d'exception que pour les tout petits kystes centraux, découverts par hasard, ne se manifestant par aucun symptôme appréciable. Mais tout kyste, même peu volumineux, situé tout près de la paroi, est passible de la pneumotomie précoce.

Attendre qu'il grossisse, c'est attendre qu'il suppure, et, par conséquent, c'est créer des conditions moins favorables à l'opération. La pneumotomie s'adresse de fait actuellement, presque toujours, à des kystes suppurés; presque toujours aussi elle donne naissance à une complication, peu grave, il est vrai, mais qu'il serait désirable d'éviter: nous voulons parler des fistules broncho-cutanées. Nous croyons que la pathogénie de ces fistules bronchiques consécutives à l'opération, si fréquentes, doit être cherchée dans la suppuration préalable du kyste; toutes les observations qui mentionnent des fistules post-opératoires, signalent en même temps la périkytite suppurative.

Lors donc qu'un kyste aura été révélé précocément, avant suppuration, par un examen radioscopique, le mieux sera d'opérer dans le plus court délai possible. Dans ces conditions, la pneumotomie pourra sans doute éviter le drainage consécutif plus ou moins long, et le chirurgien pourra chercher la réunion immédiate de la plaie.

Quant aux adhérences pleurales, si favorables pour éviter le pneumothorax, on sait qu'il est facile

de les créer, quand elles n'existent pas naturellement. Deux méthodes sont employées à cet usage : la méthode lente qui consiste à décoller le feuillet pariétal de la plèvre et faire un tamponnement antiseptique : dans ces conditions l'incision pleuro-pulmonaire doit être remise à une époque ultérieure, et l'opération est faite en deux temps. La méthode rapide, la plus employée maintenant, permet au contraire de pénétrer immédiatement dans le poumon, après avoir suturé les deux feuillets pleuraux en formant une collerette.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails techniques de la pneumotomie, qui sont longuement étudiés dans les traités spéciaux (1) et que Pasquier a particulièrement étudiés dans sa thèse. Nous donnerons seulement ici le résultat des cas rassemblés par lui, et qui ont été traités par l'opération radicale. Sur un ensemble de 108 cas, la pneumotomie a donné 92 guérisons et 16 morts : la proportion des guérisons obtenues est donc de 85 o/o.

Ces cas se répartissent ainsi :

Kystes suppurés : 37 guérisons et 12 morts = 49 cas..

Kystes non suppurés : 18 guérisons et 1 mort = 19 cas.

Sans indications : 37 guérisons et 3 morts = 40 cas.

Ce tableau montre nettement que la moyenne est

1. Tuffier. *Chirurgie du poumon*, 1897.

Terrier et Raymond. *Chirurgie de la plèvre et du poumon*.

bien meilleure pour les kystes traités avant suppuration. Il est donc permis d'espérer que la proportion totale des guérisons, si satisfaisante qu'elle soit déjà, pourra encore être améliorée, lorsque l'emploi des rayons de Röntgen rendra, plus précoce le diagnostic, et permettra d'opérer les kystes avant leur suppuration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Kyste hydatique du poumon droit, pneumotomie. — Guérison avec fistule broncho-cutanée (M. Launay).

C... Jules, âgé de 43 ans, cocher, entre le 1^{er} mai 1903 dans le service de M. Widal à l'hôpital Cochin. En 1900, le malade dit avoir eu une congestion pulmonaire durant trois semaines, sans crachats sanglants. En 1901, sans maladie aiguë, il crache pendant trois jours des crachats sanglants. Le 2 février 1903, il tombe malade subitement, courbaturé, crachant le sang et toussant un peu. Un médecin consulté diagnostique une congestion pulmonaire. Le malade ne s'alite plus, maigrit, continue à cracher le sang.

Le 1^{er} mai 1903, on constate à la base du poumon droit (voir la communication de M. Widal à la Société médicale des hôpitaux, séance du 24 juillet 1903) la diminution des vibrations, une matité absolue remontant jusqu'à la pointe scapulaire, l'élargissement et l'immobilité de la paroi correspondante du thorax. Le poumon gauche respire normalement. Il n'y a pas de fièvre. L'expectoration est sanglante et assez abondante, l'examen n'y montre pas de bacilles de Koch.

Le 5 mai, une ponction ne donne aucun résultat. Le 17 mai, une nouvelle ponction donne issue à un liquide clair, eau de roche, qui, à l'examen, contient des globules rouges, des globules blancs en grande abondance, pas d'albumine.

Le 28 mai 1903, le malade entre salle Antheaume, à Cochin. L'expectoration sanglante augmentant, et l'examen médical antérieur permettant de porter le diagnostic de kyste hydatique pulmonaire, sans vomique, une intervention est proposée et acceptée.

Le 30 mai, sous anesthésie chloroformique, je taille un lambeau arrondi à concavité supérieure, au niveau de la zone mate, sur la partie postéro-latérale inférieure du thorax, côté droit. Les septième et huitième côtes sont réséquées sur une étendue de 8 à 10 centimètres. La plèvre est incisée lentement, les deux feuillets en sont fusionnés, aucune lame musculaire pouvant représenter le diaphragme n'est rencontrée. Après avoir traversé un demi-centimètre environ de tissus indurés, le bistouri donne issue à un liquide louche. A ce moment, le malade est pris d'une quinte de toux, les mouvements respiratoires violents font bomber hors de la plaie la membrane non ouverte du kyste. Pendant ces efforts, la chloroformisation étant suspendue, le malade crache un peu de sang, et la poche kystique, s'énucléant du poumon, est projetée complète à l'extérieur. Alors seulement le kyste se rompt, laissant échapper du liquide jaunâtre et des vésicules filles flasques.

La cavité pulmonaire, pendant l'inspiration, pourrait contenir deux poings ; les parois en sont rudes au toucher. Elle communique avec les bronches, ainsi que le prouve le bruit de soufflet pendant les mouvements respiratoires.

L'examen du liquide retiré par ponctions ayant montré d'abondants globules blancs, toute idée d'oblitération est abandonnée, les bords de la cavité pulmonaire sont suturés à la

peau, et la cavité est tamponnée avec des lames de gaze stérilisée enveloppant deux drains.

L'opéré, assez fatigué pendant les premiers jours, se remonte rapidement. Les crachats sanglants ne se reproduisent pas, la toux diminue, puis cesse.

Les parois de la cavité pulmonaire se sphacèlent en partie, des lambeaux s'éliminant peu à peu dans les pansements, et provoquant une suppuration fétide qui dure une dizaine de jours.

Le 10 juin, tous les tissus mortifiés sont éliminés, on voit dans la cavité le tissu pulmonaire normal avec les contours polygonaux des lobules. Peu à peu la cavité se comble. Le 18 juin, le malade se lève. La cicatrisation progresse rapidement, l'opéré engraisse et n'éprouve aucune gêne fonctionnelle. Pendant les pansements, le souffle traversant la plaie indique la persistance de la communication bronchique.

Le 2 août 1903, l'opéré sort de l'hôpital. La plaie est presque complètement cicatrisée (deux mois), mais la fistule broncho-cutanée est formée. L'orifice cutané est placé au fond d'un petit entonnoir de peau rétractée, et est recouvert par un bourrelet de peau et de graisse qui l'obture. Lorsqu'on soulève cet opercule, on sent et on entend un souffle très net. Le malade n'éprouve aucune gêne de cette fistule. En octobre 1903, le malade, revu dans le service, se porte très bien, a repris son travail, peut transporter de lourds fardeaux, faire de grands efforts sans éprouver ni douleurs ni gêne respiratoire. *La fistule broncho-cutanée persiste*, l'orifice cutané toujours oblitéré par son couvercle. Je propose au malade de lui oblitérer cette fistule par une autoplastie, mais il s'y refuse complètement, n'en éprouvant aucun inconvénient. Je ne l'ai, du reste, plus revu depuis cette proposition.

OBSERVATION II

Kyste hydatique du poumon gauche. — Pneumotomie. — Guérison sans fistule broncho-cutanée (M. Launay).

B... Joseph, 65 ans, entre le 3 juin 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Monod, envoyé par le Dr Bigard, qui le soigne depuis quelque temps. Les premiers symptômes pulmonaires remontent seulement au mois de janvier 1905, le malade tousse beaucoup depuis quelque temps, cette toux augmente, survenant par quintes le matin ; les crachats sont, à ce moment, muco-purulents et *contiennent un peu de sang*. L'état général est moins bon, l'appétit disparaît, l'amaigrissement devient notable. Le malade se plaint de sueurs nocturnes, mais il n'y a jamais d'ascension thermique.

Au mois de mars surviennent des douleurs au niveau du rebord costal gauche, s'irradiant vers les lombes. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est porté et le malade soumis à la suralimentation sans résultat. La toux persiste et les *hémoptysies* continuent, peu abondantes, mais quotidiennes.

C'est à ce moment que le malade consulte le Dr Bigard, qui trouve une matité nette de la base du poumon gauche, fait une ponction exploratrice, et retire quelques grammes de liquide eau de roche contenant des crochets.

Le diagnostic de kyste hydatique du poumon gauche étant ainsi établi, le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer. Il n'y a jamais eu de vomique.

L'examen à l'entrée (3 juin) montre une voussure thoraci-

que de la partie inférieure, à gauche, remontant jusqu'à la pointe scapulaire. A ce niveau existe un peu d'œdème des téguments. Ce côté du thorax mesure 3 centimètres de plus que l'autre. Les vibrations thoraciques sont abolies, et la matité est absolue au niveau de la voussure ; cette matité est limitée en haut par une ligne courbe concave en bas. La moitié supérieure du poumon gauche et tout le poumon droit respirent normalement ; à la base gauche les bruits respiratoires ne s'entendent pas.

Le 8 juin 1905, après incision et relèvement d'un lambeau courbe à convexité inférieure, au niveau de la zone mate, je résèque 8 centimètres environ des neuvième et dixième côtes dans leur portion axillaire et dorsale. La plèvre est adhérente et épaissie. Traversant au bistouri environ 1 centimètre de tissu pleuro-pulmonaire induré et peu vasculaire, je mets à nu la membrane mère du kyste qui bombe et se rompt sous l'influence des mouvements respiratoires. Il s'écoule du kyste du liquide un peu louche. La membrane mère est facilement enlevée, elle ne contient qu'une seule vésicule fille. La cavité pulmonaire qui reste, pouvant contenir, à l'état de distension, un gros poing, communique avec les bronches, le malade souffle bruyamment dans la plaie en respirant. Je tamponne à la gaze stérilisée les parois de la cavité, et je place un drain au milieu des mèches. La chloroformisation a été très bien supportée.

Les suites opératoires sont simples et bénignes. Le malade crache un peu de sang pendant le premier jour seulement, la température reste normale. Je supprime les mèches de gaze au bout de quarante-huit heures et ne replace qu'un drain.

L'appétit revient rapidement et l'état général s'améliore beaucoup. Peu à peu la cavité se comble sans incident parti-

culier. La respiration souffle par la plaie à chaque pansement, mais la communication bronchique s'oblitére spontanément vers la fin de juin.

Le 6 juillet 1905, l'opéré sort de l'hôpital, venant encore faire panser une petite plaie qui n'est définitivement oblitérée qu'à dans les premiers jours d'août (deux mois). L'état général est alors excellent de tous points.

OBSERVATION III

(Observation prise par M. Deroide, dans le service
de M. le D^r Tuffier.)

*Kyste hydatique du poumon gauche. — Pneumotomie. —
Guérison. — Fistule broncho-cutanée.*

Le nommé X..., âgé de 23 ans, profession de cocher-livreur, entré le 7 juillet 1903, salle Malgaigne, n° 12, hôpital Baujon.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans de pleurésie, mère bien portante, 60 ans. Collatéraux ; un frère mort récemment tuberculeux, deux sœurs mortes en bas âge d'affections indéterminées.

Le malade ne se rappelle pas avoir été malade. Pourtant, depuis sa libération du service militaire, il tousse toujours un peu, surtout l'hiver. Il n'a cependant jamais eu d'hémoptysie ; il n'a jamais eu d'urticaire, sauf une fois vers l'âge de 14 ans à la suite d'ingestion de poisson.

Il y a deux mois, l'état général devient moins bon, l'appétit diminue, le malade mange peu, mais il n'a pas de dégoût

électif pour les matières grasses ; il maigrit. Tous les matins, il a des crachats abondants, spumeux, blanchâtres, accompagnés de toux violente. Vers le 10 juin, après avoir monté une charge, il sent un frisson, travaille encore trois ou quatre jours, mais il est obligé de cesser son travail parce qu'il souffre d'un point de côté violent à la base du poumon gauche. Il s'alite avec de la fièvre et de l'oppression. Le lendemain et le surlendemain il travaille cependant encore. Mais son malaise est tel qu'il doit entrer à l'hôpital le 17. Il est admis salle Barth avec une température de 39 degrés le soir et 38 degrés le matin, de la toux et de l'expectoration. Outre les signes d'affection pulmonaire aiguë, on relève une voussure considérable dans la région thoracique antérieure gauche, elle est mate à la percussion et on trouve dans la région correspondante en arrière la respiration suspendue. *Le cœur est considérablement dévié à droite et bat à droite.*

Le 22, une ponction pratiquée à droite, dans le deuxième espace intercostal, enlève 1.500 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche. On n'y a pas trouvé de crochets, mais il était riche en NaCl. On a injecté consécutivement 80 centimètres cubes de liqueur de Van Swieten. Bientôt s'installent des accidents d'œdème pulmonaire aigu extrêmement violent qu'on calme par une saignée.

Le 29 juin, on relève des signes de pneumothorax à la partie supérieure du poumon gauche rendant un tintement métallique.

Le 1^{er} juillet, le malade rejette des *crachats mucopurulents* sous forme de pseudovomique (un crachoir par jour qu'il remplit presque en une fois). Auparavant les crachats étaient muqueux.

Le 7 juillet, le malade passe à la salle A. Paré.

Signes fonctionnels. — On le trouve couché sur le côté gauche : il a adopté cette position pour éviter la toux. Celle-ci apparaît opiniâtre, incessante dès qu'il se met sur son séant ou qu'il se couche sur le côté droit ou même sur le dos. Il tousse le matin surtout et chaque expectoration est annoncée par un « goût d'ipéca ». Les crachats sont franchement purulents.

Signes physiques. — On voit une voussure légère au niveau des cartilages costaux, à gauche du sternum, qui se continue en haut avec une voussure se prolongeant à la partie supérieure gauche du thorax à la place du creux sus-claviculaire. La voussure a considérablement diminué depuis la ponction.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont un peu diminuées dans la région voussurée. La pointe du cœur bat sur la région droite de l'appendice xiphoïde.

A la percussion, on entend de la submatité dans la région sus-claviculaire en avant et en arrière dans la fosse sus-épineuse. L'espace de Traube est libre, l'aire de matité du cœur est remplacée par une aire sonore. Le foie a ses limites normales.

A l'auscultation, on entend une respiration supplémentaire dans toute l'étendue du poumon droit. A gauche on n'entend plus de souffle amphorique. La respiration est normale à la base, mais elle devient plus obscure et soufflante à mesure qu'on remonte vers le sommet. L'obscurité est presque complète à partir de l'épine de l'omoplate. En avant, mêmes signes dans la région correspondante.

Opération. — Anesthésie au chloroforme, 11 juillet 1903. M. Tuffier fait une incision curviligne, à concavité supérieure passant à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. La

sixième côte est réséquée, le poumon est adhérent ; plèvre épaisse. Il incise largement, sur une étendue de 8 centimètres, la paroi de l'abcès ; il contient des gaz, très peu de pus. La membrane hydatique que M. Tuffier décolle assez facilement et enlève en totalité est d'un seul tenant. La cavité est du volume d'une tête d'adulte ; elle descend jusqu'au diaphragme et remonte jusqu'à la troisième côte. Le poumon est refoulé sur son hile. Pendant les efforts de respiration, le poumon ne revient pas au contact de la paroi ; on le sent dur, recouvert d'une coque fibreuse.

En bas et en dedans, M. Tuffier sent le péricarde et le cœur maintenus dans une position normale par des adhérences pleuropariétales ; si bien que l'extrémité gauche arrive au bord droit du sternum. Donc, toute la région cardiaque inférieure et moyenne est remplacée par une cavité. Pendant les efforts de toux, il sort quelques bulles d'air probablement par la bronche ouverte au niveau de la cavité.

Suites opératoires. — Le malade sort guéri sept semaines après ; je vous l'ai présenté avec une fistule broncho-cutanée du volume d'une tête d'épingle, sans suppuration (séance du 22 novembre 1905). Cette fistule ne provoquant aucun trouble de la santé, le malade refuse toute intervention. D'ailleurs, son état général est parfait (Observation prise par M. Deroide, externe du service).

OBSERVATION IV (1)

(Par M. L. Galliard, médecin de Lariboisière.)

Kyste hydatique du poumon gauche. — Ponctions.

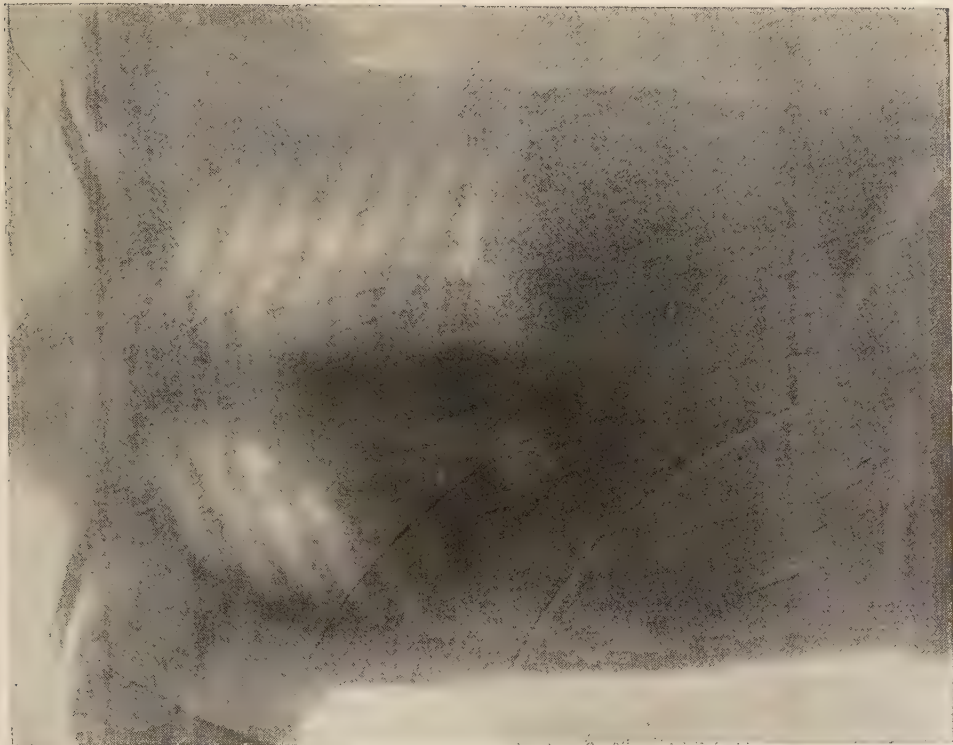
La malade, âgée de 19 ans, blanchisseuse, que j'ai l'honneur de présenter à la Société des hôpitaux, est atteinte de kyste hydatique du poumon gauche.

Elle fut admise à l'hôpital Lariboisière le 3 mai 1906, pendant la visite du matin, avec le diagnostic de *pleurésie gauche, à ponctionner*. Tous les signes de l'épanchement pleural existaient, en effet : voussure, matité absolue de toute la base gauche, matité de l'aire de Traube, abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, souffle pleurétique, pectoriloquie aphone, égophonie, bruit skodique sous la clavicule, refoulement du cœur à droite avec un souffle systolique au foyer de l'artère pulmonaire.

Comme la malade, d'ailleurs pâle et anémique, éprouvait de la douleur et de la dyspnée, j'estimai qu'il convenait de la soulager immédiatement. La ponction exploratrice n'était pas nécessaire, puisque le diagnostic s'imposait. La thoracentèse fut donc évacuatrice d'emblée.

Or, chose suprenante, au lieu de la sérosité que j'attendais, le liquide qui s'écoula fut absolument limpide, *eau de roche*.

1. Cette observation est accompagnée de deux photogravures reproduisant des radiographies inédites prises à six mois d'intervalle et montrant une régression sensible du kystè.



Après l'évacuation d'un litre de ce liquide, je fermai le robinet ; puis, comme j'avais sous la main une solution stérilisée de sublimé à 1/4000, j'en injectai quelques centimètres cubes dans la cavité qui était manifestement celle d'un *kyste hydatique*, puis je retirai le trocart.

La malade se déclara fort soulagée. Elle n'avait plus ni douleur ni dyspnée. Elle se croyait guérie.

Le soir, elle eut 38°1. La nuit fut bonne.

Le 4 mai, je reprends complètement l'examen de la malade. Dans ses antécédents, pas d'affection grave, mais, il y a trois ans, des crachements de sang à deux reprises, suivis de dyspnée nocturne ; depuis cette époque, douleurs incessantes au côté gauche. A quelle faute d'hygiène peut-on attribuer le kyste hydatique ? La chose est difficile à dire.

Pas de troubles gastriques, pas de dermatose, pas d'urticaire.

Quelle est encore, après cette ponction d'un litre, l'importance du kyste ?

Le cœur est déplacé, l'espace de Traube fournit de la matité, la matité dorso-axillaire est très accentuée. On peut évaluer à un litre environ la collection existante.

Quant au siège, c'est le lobe inférieur du poumon gauche. On ne peut localiser le kyste dans le lobe gauche du foie, car cet organe n'est pas augmenté de volume ; il ne déborde pas les côtes à gauche. Inutile de discuter le point de départ splénique, car le kyste est manifestement intra-thoracique et pas du tout abdominal.

Les 4 et 5 mai, la température vespérale est de 38°2 ; le 6, elle n'est plus que de 37°7, et, les jours suivants, elle ne dépassera pas 37°4.

Je déclare à la malade qu'une opération chirurgicale est nécessaire, mais je me heurte à un refus formel ; j'insiste alors pour une opération palliative à laquelle elle se résigne sans enthousiasme.

Le 9 mai, je pratique une thoracentèse dans la région dorsale externe avec le siphon de Duguet ; j'extrais un litre de liquide légèrement hémorragique, puis j'injecte environ 200 grammes de solution de sublimé à 1/4000, et j'évacue 200 grammes du mélange que constitue cette solution avec le résidu intrakystique.

Pas de réaction fébrile. Le succès du lavage paraît si complet à la malade qu'elle demande à quitter l'hôpital, et que j'ai grand'peine à la retenir.

La surveillance est d'autant plus nécessaire qu'un symptôme nouveau est survenu : il y a dans le kyste un bruit de succussion. Ce symptôme trahirait-il la communication de la poche avec les bronches ? Cette communication n'existe certainement pas, car il n'y a pas eu de vomique. La malade crache seulement des mucosités. Elle ne rejette rien qui ressemble au liquide hémorragique que contient le kyste. Il faut donc admettre que, pendant les manœuvres du lavage au sublimé, une petite quantité d'air a pénétré dans la poche kystique.

Le 14 mai, la malade veut absolument se lever pendant l'après-midi. A 5 heures du soir, on note 38°2, et le lendemain matin (15 mai) elle a, consécutivement à un grand frisson, 40°4. Le soir 39°5.

Le 16 mai, 37°4 et 38°2. Euphorie. L'accès de fièvre n'est en rapport avec aucun accident local. Le bruit de succussion est toujours perçu.

Rien de spécial à noter les jours suivants. Comme il y a de

la toux et une expectoration parfois assez épaisse, je fais examiner les crachats : pas de bacilles de Koch.

La malade refusant toujours l'opération chirurgicale que je lui propose et manifestant le désir de partir pour la campagne, je me hâte de la faire radiographier par M. Vaillant (24 mai), puis j'insiste pour un dernier lavage du kyste.

Le 28 mai, thoracentèse donnant un litre de liquide *louche*, légèrement *purulent*, *inodore*. J'injecte 200 grammes de solution de sublimé à 1/4000 qui se mélangent au résidu et j'extrais environ 200 grammes de liquide. A la suite de cette manœuvre, pas de bruit de succussion ; il n'y a donc plus d'air dans le kyste.

Le 30 mai, 37°9 et 38°6,

Le 31 mai, 37°9 et 37°7.

Le 1^{er} juin, 37°2 et 37°6.

Le 2 juin départ pour la campagne.

Quelques jours après son départ, la malade est atteinte de stomatite et d'angine (3) nécessitant les lavages à l'eau boriquée et à la liqueur de Labarraque : la description donnée par le mari de la patiente ne permet pas d'établir un diagnostic à distance. Puis l'état général s'améliore ; mais le catarrhe bronchite augmente, de telle sorte qu'on demande une analyse des crachats : pas de bacilles de Koch. En écoutant le récit de ses quintes matinales suivies du rejet d'un liquide épais, verdâtre, abondant, il est impossible de ne pas penser à des vomiques.

A la fin de septembre, la malade vient me voir. Elle a bon aspect et se déclare capable de reprendre son travail. Seulement, elle tousse et crache des mucosités épaisses et même du pus, mais pas de sang. L'examen des crachats pratiqué dans mon laboratoire révèle encore une fois l'absence de bacilles de

Koch. Le flacon qu'elle me remet ne contient d'ailleurs, ni vésicules, ni débris membraneux. Quant à l'état fébrile, conséquence de la suppuration du kyste, il a peut-être existé pendant les vacances, mais il ne se manifeste plus à l'heure actuelle.

L'examen du thorax permet d'affirmer que le kyste a considérablement diminué de volume. Permet-il d'affirmer ou de nier sa communication avec les bronches ? La percussion fournit de la matité et pas le moindre tympanisme. Le bruit de succussion n'existe en aucune manière. Je n'apporte donc ici aucun argument décisif.

En octobre et novembre, la malade revient me consulter, toussant et crachant un peu, toujours sans bruit de succussion.

Le 8 décembre, son état général est excellent. Je constate en l'auscultant, de petits râles et des frottements dans l'aisselle gauche, où existe toujours de la matité. Le kyste n'est donc plus en contact avec la paroi thoracique comme précédemment : d'ailleurs, la radiographie de ce jour, exécutée, comme la première, par M. Vaillant, l'habile spécialiste de Lariboisière, va montrer, dans la région de l'aisselle, un espace clair entre les côtes et la poche kystique. A d'autres égards encore, cette radiographie est intéressante à comparer à celle du 24 mai. On voit que la limite supérieure du kyste, qui était jadis à la quatrième côte, en arrière, ne dépasse plus la sixième côte. La limite inférieure n'est plus noyée dans l'ombre épaisse de la région diaphragmatique, mais signalée par une pénombre. Enfin le cœur, primitivement refoulé à droite du sternum, a repris sa situation normale.

D'après ces constatations, le volume actuel du kyste ne semble pas dépasser celui de mes deux poings réunis.

J'ajoute que le sommet gauche et la totalité du poumon droit sont parfaitement translucides.

OBSERVATION V

(Par M. A. Beclère. — *Bulletins et Mémoires Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1900, 763-767.)

Un cas de kyste hydatique du poumon gauche, avec présentation de stéréo-radiogrammes.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter a 22 ans, et exerce la profession de bijoutier. Ce jeune homme m'est adressé, au commencement du mois, à l'hôpital Saint-Antoine, par son médecin, le Dr Dubois, avec la demande d'un examen radioscopique pour éclairer la nature d'une matité insolite du sommet pulmonaire gauche.

Comme il survient au cours de l'examen hebdomadaire des malades du service, il prend place immédiatement derrière l'écran fluorescent, sans interrogatoire et sans exploration préalables, contrairement aux règles habituelles, et se trouve traversé par les rayons de Röntgen directement d'avant en arrière.

Aussitôt apparaît sur l'écran une image du thorax qui, à un premier et trop rapide coup d'œil, pourrait faire penser à l'existence d'un abondant épanchement de la plèvre gauche. La clarté du champ pulmonaire gauche est, en effet, remplacée de haut en bas, à partir du sommet, par une opacité anormale d'une teinte uniforme et très sombre tandis que, sur la clarté normale du champ pulmonaire droit, se détache une notable por-

tion de l'ombre cardiaque, débordant dans une grande étendue le bord droit de l'ombre médiane. Mais ce qui distingue cette image de l'image caractéristique des grands épanchements liquides de la plèvre, c'est que l'opacité anormale du champ pulmonaire gauche ne s'étend pas, de haut en bas, jusqu'à l'ombre diaphragmatique. Elle est très distinctement séparée de cette dernière par une bande claire transversale, haute de deux travers de doigt environ, et surtout elle est très nettement limitée par un contour arrondi, à convexité inférieure, aussi régulier et aussi précis que s'il avait été tracé au compas. Le contour arrondi, à convexité inférieure de l'opacité normale se rapproche, sans l'atteindre, du contour arrondi, à convexité supérieure, de l'ombre diaphragmatique, et en demeure séparé par l'étroite bande de clarté normale qui correspond à la base du poumon gauche. Un tel aspect de l'image radioscopique du thorax est véritablement pathognomonique et je porte, sans hésiter, le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

En effet, une opacité anormale à contours aussi nets et comme tracés au compas ne s'observe jamais dans les lésions pulmonaires proprement dites, et n'appartient qu'aux productions nouvelles qui se développent en refoulant devant elles le parenchyme du poumon.

Seuls, les kystes hydatiques, les gros anévrismes de l'aorte et certaines tumeurs malignes du médiastin sont capables de projeter une ombre aussi nettement et aussi régulièrement limitée. Mais une tumeur médiastine ou un anévrisme aortique, si volumineux soient-ils, n'envahissent pas ainsi le champ pulmonaire presque tout entier. L'idée de tumeur maligne est d'ailleurs incompatible avec le bon état général du malade.

Force est donc de s'en tenir au diagnostic de kyste hydatique.

D'ailleurs, ce diagnostic est confirmé par l'examen clinique à l'aide des méthodes habituelles. Le thorax du malade, élargi et bombé, présente, au-dessous de la clavicule gauche, une voussure très visible. Le palper fait percevoir, à droite du sternum, les battements cardiaques qu'on ne trouve plus au siège normal. Enfin, la percussion dénote à la partie supérieure de l'hémi-thorax gauche une zone de matité absolue, très nettement limitée par un contour arrondi, qui part de la fourchette sternale, dépasse le bord droit du sternum, se réunit à angle aigu au bord supérieur de la zone de matité cardiaque, se confond avec cette matité en dedans du mamelon gauche, s'en détache au niveau du sixième espace intercostal, remonte dans l'aisselle, croise obliquement la fosse sus-épineuse, le bord spinal de l'omoplate, se rapproche de l'épine dorsale et finalement par-dessus l'épaule gauche, rejoint son point de départ. Dans toute cette zone de matité, les vibrations thoraciques sont abolies, et, à l'auscultation, on constate un silence complet : c'est le signe de Bird. Je n'ai pas trouvé de frémissement hydatique à la percussion.

Les troubles fonctionnels consistent principalement en une dyspnée qui présente les caractères de la dyspnée d'effort, il s'y joint un peu de toux et une expectoration très rare, spumeuse. Le malade a éprouvé, l'an dernier, d'assez vives douleurs dans l'épaule gauche ; ces douleurs ont disparu.

Le début apparent de l'affection remonte à trois ans. A ce moment, le malade a ressenti des points douloureux en diverses régions du thorax, aussi bien à droite qu'à gauche, et a commencé à être facilement essoufflé. En février 1902, il a eu une

hémoptysie assez abondante, ce qui ne l'a pas empêché d'être admis au service militaire, au mois de novembre de la même année. Les exercices militaires, surtout les marches, le fatiguaient et l'essoufflaient. A chaque marche un peu longue, il avait une petite hémoptysie, ne se traduisant parfois que par l'apparition de quelques filets de sang dans l'expectoration. Au commencement de cette année, ayant des signes de bronchite sans fièvre il entra à l'hôpital, fut envoyé en congé et finalement réformé au mois de février, comme atteint de symphyse pleurale.

Le début réel et l'étiologie de l'affection sont difficiles à déterminer. Le foie, ainsi que les autres organes, paraissent indemnes de toute production de même nature. La voix est enrouée depuis l'âge de 14 ans, et il n'était pas illégitime de supposer que cet enrouement pouvait tenir à une paralysie récurrentielle plus ou moins complète de la corde vocale gauche, mais l'examen laryngoscopique pratiqué par le Dr Bellin, dans le service de mon ami Lermoyez, a prouvé l'intégrité des deux cordes vocales. Quand le malade avait 10 à 11 ans, il jouait avec un chien appartenant à des voisins, mais auquel ses parents donnèrent l'hospitalité pendant plusieurs mois ; dans un coin de la cuisine, un tapis formait la couche du chien et un des grands plaisirs de l'enfant était de se rouler avec le chien sur ce tapis. Telle est l'étiologie la plus probable que j'ai pu découvrir.

Ce jeune homme, soupçonné d'être tuberculeux a été soumis à la suralimentation, dont il a profité, et son état général est excellent : il pèse 65 kilogrammes. Mais le kyste dont il est porteur grossira sans doute et peut d'un jour à l'autre provoquer par sa rupture ou par son inflammation de graves accidents. Pour les prévenir que faut-il faire ? J'incline, pour ma

part, à confier le malade à un chirurgien qui enlèvera méthodiquement et aseptiquement le kyste.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Paul Sainton. — Rev. de thérap. méd. chir., Paris, 1900, p. 475.)

Kyste hydatique du poumon droit. — Ponction suivie de mort.

La malade, âgée de 37 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 9 février 1899, salle Monneret, n° 2, dans le service de M. le professeur Debove. Elle est dans un état d'anémie extrême, et présente le facies d'une phtisique arrivée à la période de cachexie. Depuis trois ans elle maigrit, tousse, fait de fréquentes hémoptysies. Ces hémoptysies surviennent subitement, sans prodromes, et ne laissent presque pas traces d'épuisement après elles. La malade est facilement essoufflée et a des palpitations.

L'examen de la poitrine démontre à la base droite, l'existence d'une zone de matité absolue remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate en arrière : dans toute cette étendue, les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire a disparu : on entend un souffle intense, un peu rude, dans la fosse sus-épineuse : la pectoriloquie et l'égophonie sont absentes. En avant, les sommets semblent normaux ; pas plus qu'en arrière, il n'existe de signes susceptibles de faire soupçonner une tuberculose pulmonaire.

En présence de ces signes physiques, le 15 février une ponction exploratrice est pratiquée avec toutes les précautions usi-

tées en pareil cas : le liquide recueilli est clair comme de l'eau de roche, et tellement caractéristique que l'idée d'un kyste hydatique s'impose. Immédiatement après est faite une ponction évacuatrice : on retire, avec la plus grande lenteur, trois quarts de litre d'un liquide, présentant les mêmes caractères que celui retiré dans la seringue. Aussitôt après, la malade est prise d'une crise de toux très violente, qui cesse sous l'influence de l'injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. L'après-midi une hémoptysie abondante se produit et se prolonge toute la journée : à six heures du soir la malade a une syncope qui persiste d'une façon inquiétante. Le 16 février, la malade est dans un état lipothymique ; elle présente une éruption ortiée généralisée, et se plaint de démangeaisons insupportables. Le pouls est rapide, à 110 ; la température de 37 degrés s'est élevée à 39 degrés : l'hémoptysie a cessé. Le 17 février, l'hémoptysie reparaît ; les crachats n'ont plus la couleur franchement rouge qu'ils avaient auparavant : ils sont noirâtres. L'examen de la poitrine révèle une dilatation notable du côté droit : il existe du tympanisme. L'auscultation décelé l'existence d'un pneumothorax. La dyspnée est extrême ; le pouls est fréquent : 120 ; la température aux environs de 39 degrés. L'éruption ortiée a disparu.

Le 18 février, l'hémoptysie continue ; la faiblesse est extrême ; la malade meurt sans accès de suffocation.

OBSERVATION VII

(Bristow. — Société clinique de Londres, 12 décembre 1890.)

Kyste hydatique du poumon. — Ponction exploratrice suivie de mort. — Autopsie.

Je viens d'observer une hydatite du poumon chez un jeune garçon qui depuis quinze jours seulement, avait été pris de toux et d'un point de côté. A son entrée, on constatait l'immobilité du côté gauche du thorax, de la matité dans les parties inférieures, le refoulement du cœur à droite. Il y avait en même temps, de l'augmentation du côté droit du thorax. J'admis l'existence d'un épanchement pleural résorbé, mais à la suite duquel le poumon condensé, n'avait pas repris son expansion normale.

Une première ponction faite au-dessus de l'angle de l'omoplate amena l'évacuation d'une très faible quantité de liquide clair. En même temps l'enfant rendit par la bouche 100 ou 120 grammes de liquide, également clair, puis fut pris de cyanose et d'une dyspnée extrême.

Une deuxième ponction fut faite aussitôt sur la ligne axillaire et donna issue à de l'air, sans évacuation de liquide ; puis la respiration s'embarrassa de plus en plus, et malgré la respiration artificielle, l'enfant succomba sept minutes après la première ponction.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans la cavité pleurale gauche une certaine quantité de liquide teinté de sang, et dans le poumon, un kyste du volume du poing.

OBSERVATION VIII

(Hector Mackensie. — *Semaine médicale*, 1892, p. 123).

Kyste hydatique du poumon droit. — Ponction. — Mort deux heures après.

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui, entre autres symptômes, présentait depuis deux mois de la dyspnée, de la toux et se plaignait d'un point douloureux à la partie inférieure de la poitrine du côté droit. Il s'agissait d'un kyste hydatique, comme le démontre une ponction exploratrice. Deux heures après la ponction le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique d'une capacité de 2 litres et demi, placé entre les lobes des poumons. Plusieurs bronches de gros calibres communiquant avec le kyste.

OBSERVATION IX

(M. Varnier. — Société anatomique, mai 1886, p. 377).

Kyste hydatique du poumon gauche (Base). — Ponction Hydro-pneumothorax. — Empyème. — Mort. — Autopsie

Un homme entré dans le service de M. Duguet, avait, depuis trois jours, un point de côté avec matité, en arrière seulement, et pas de fièvre.

Huit jours après, on lui fit une ponction qui donna issue à un

liquide clair comme de l'eau de roche, contenant des crachats d'hydatides. Le lendemain, il se mit à rendre des hydatides dans ses crachats, avec du liquide clair, puis du sang, et il s'établit un hydro-pneumothorax. On fit l'empyème le 22 avril et rien ne sortit; mais le lendemain, on trouve des poches hydatiques dans le pansement. Un mois après le malade était mort; l'autopsie révéla une tuberculose miliaire récente des deux poumons. On peut se demander, les antécédents du malade étant excellents, s'il n'a pas eu infection par la plaie.

Autopsie. — La poche siégeait à la base du poumon gauche, séparée de la paroi costale incisée par une lame pulmonaire, d'autre part, il y avait, comme on le voit fréquemment, deux bronches qui s'ouvraient largement, à plein canal dans la poche.

M. Cornil, ayant fait une ponction dans un cas analogue, a vu tout à coup son malade suffoquer et mourir étouffé par une vomique de liquide séreux. Il pense qu'il vaut mieux attendre que ces poches hydatiques s'ouvrent d'elles-mêmes ce qui se produit moins brusquement.

OBSERVATION X

(Méry et Rieffel. — Société anatomique, 1888, p. 289.

Service du Dr Proust, examiné par M. Dalché.)

Hyste hydatique du poumon donnant les signes d'un pneumo-thorax. — Bruit de flot. — Empyème. — Autopsie.

Femme de 46 ans. Bonne santé. Subitement prise d'un point de côté droit très violent. Dyspnée. M. Dalché constate

tous les signes d'un pneumothorax droit ; quinze jours après expectoration fétide, de coloration noirâtre, rappelant celle de la gangrène. Bruit de flot très caractéristique.

Diagnostic : Gangrène corticale.

L'empyème est pratiqué par M. Rieffel dans le septième espace. Le cavité pleurale ne contenait ni air ni liquide. Sous le doigt, on trouvait le poumon assez mobile et libre d'adhérences ; on n'avait donc pas affaire à un épaississement de la plèvre pariétale.

Revenant alors à l'hypothèse d'une collection enkystée, communiquant avec les bronches, nous faisons, en arrière, une ponction avec l'aspirateur Potain. Il sort un peu d'air et de sérosité sanguinolente.

Suites opératoires : L'expectoration continue à présenter la même fétidité et trois jours après on vit apparaître du côté gauche des signes de broncho-pneumonie. Mort.

Autopsie. — Les poumons s'enlèvent facilement, même le poumon droit qui présente peu d'adhérences ; mais, une fois enlevé, on voit les deux tiers inférieurs de ce poumon s'affaisser complètement montrant qu'il existait là une vaste cavité. On y trouve une membrane d'hydatide puis une dizaine de vésicules hydatiques rougeâtres de la grosseur d'un marron. Les parois de la cavité, anfractueuses et irrégulières, sont recouvertes de débris noirâtres ; c'est là la cause de la fétidité de l'expectoration.

Il y a eu du sphacèle de la surface interne de l'excavation. Les parois sont très menues en arrière, formées par le tissu pulmonaire refoulé et scléreux et la plèvre viscérale ; elles ont à peine 3 ou 4 millimètres. En avant il reste une certaine quantité de

tissu pulmonaire ce qui explique pourquoi le bruit d'airain n'existait pas.

On trouve une zone atélectasiée au-dessus de la cavité, zone formée aux dépens de la partie supérieure du lobe moyen. Le lobe supérieur est seulement congestionné.

OBSERVATION XI

(M. Léonard. — Société anatomique, avril 1886, p. 288.)

Ponction. — Empyème. — Mort.

Il s'agit d'un homme de 36 ans entré dans le service de M. Proust avec tous les signes d'un pneumo-thorax gauche. Une ponction fit évacuer 2 litres de pus.

L'empyème fut pratiqué et ne donna pas issue à des hydatides. Pourtant l'homme étant mort le jour même par syncope, à l'autopsie, la plèvre fut trouvée pleine d'hydatides secondaires, à liquide clair ; hydatides vivantes, voyageant dans le pus.

La surface du poumon gauche est farcie de petits kystes. Il y en a également sur le péricarde. Mais la cavité pleurale n'est pas tapissée par une membrane hydatique.

M. Cornil explique le fait par la rupture d'un kyste hydatique dans la plèvre à la suite de l'empyème.

OBSERVATION XII

(Par MM. Vidal et Stroin (1).

*Kyste hydatique du poulmon. — Hémoptysie continue. —
Opération. — Guérison.*

Notre malade, âgé de 43 ans, cohabite avec deux chiens.

On ne note dans ses antécédents que les incidents pulmonaires suivants.

Il y a trois ans, il a été soigné pour une congestion pulmonaire droite sans hémoptysie. Un an plus tard, il fut pris sans raison, en pleine santé, d'une hémoptysie ayant duré trois jours.

Le 2 février 1903, en revenant de son travail, un malaise subit le force à s'aliter. A ce moment, il ne ressent ni point de côté, ni frisson, mais il émet le même jour, à l'occasion d'une toux légère, quelques crachats sanglants, mêlés à des mucosités.

Le médecin qu'il consulte pense à une congestion pulmonaire du côté droit et, dès ce moment, une toux sèche et quinteuse ne le quitte plus. Notre homme continue à rendre tous les jours quelques crachats sanglants et, devant la répétition de cette hémoptysie, il s'inquiète et vint à l'hôpital.

Le 1^{er} mai le malade se présente avec un embonpoint nota-

1. *Bulletin de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, (30 juillet 1903).

ble, bien qu'il prétende avoir maigri de 5 kilogrammes depuis trois mois. Il se plaint de douleurs sourdes bien localisées à la partie postéro-inférieure du thorax à droite.

Il n'a ni dyspnée, ni accès d'oppression. A noter seulement de la polypnée ; nombre des respirations : 28.

La toux est assez fréquente et il a rendu depuis la veille quelques crachats sanguinolents. A l'inspection on est frappé par l'élargissement unilatéral du thorax, à droite, s'accompagnant d'immobilité des côtes. A la face postérieure du tronc, on constate une voussure bien prononcée de la base de la poitrine. La cyrtométrie, au niveau de la ligne horizontale mamelonnaire, donne 51 centimètres pour l'hémithorax gauche et 54 centimètres pour l'hémithorax droit.

L'examen de la poitrine en avant ne présente rien de particulier à la percussion et à l'auscultation. En arrière, du côté droit, à la palpation, les vibrations diminuent de haut en bas et sont abolies à la base. Il existe une matité de bois jusqu'à la pointe de l'omoplate ; à partir de ce point, on a un son un peu tympanique. Le murmure vésiculaire ne s'entend pas dans la zone de matité ; il n'existe aucun bruit adventice. Au sommet du poumon, respiration supplémentaire. Dans l'hémithorax gauche rien à noter.

Il existe une inégalité pupillaire, avec myosis de la pupille droite, correspondant au poumon lésé.

Rien du côté du cœur, du tube digestif et des urines.

La température est de 37°6 ; le pouls bat 102 à la minute.

L'examen des crachats ne montre pas de bacilles de Koch.

Chaque jour, le malade expectore environ dix crachats sanglants, rouges, gommeux, dans lesquels un deuxième examen ne décèle pas de bacilles de Koch. La température oscille toujours autour de 37 degrés.

Une ponction pratiquée dans le huitième espace intercostal, à 7 ou 8 centimètres de la colonne vertébrale, ne donne rien, le 5 mai.

L'état du malade reste identique. La toux et l'expectoration sanglante ne se modifient pas ; les signes physiques persistent comme au jour de l'entrée. La température est toujours à 37 degrés.

Un nouvel examen des crachats ne montre pas de bacilles de Koch, mais la ponction exploratrice renouvelée le 18 mai est cette fois positive.

Une aiguille enfoncée à 3 centimètres environ de profondeur, dans le huitième espace intercostal, sur la ligne verticale passant par le sommet de l'aisselle, permet de retirer seulement 2 centimètres cubes d'un liquide limpide comme de l'eau de roche. On pose immédiatement le diagnostic de kyste hydatique qu'avaient fait soupçonner la nature et la continuité de l'hémoptysie.

Un interrogatoire plus précis, fait à ce moment, ne décèle ni poussées d'urticaires antécédentes, ni dégoût pour certains aliments.

Le liquide retiré est centrifugé pour la recherche des échinocoques et des crochets, mais l'examen sur lames montre seulement des polynucléaires en assez grande abondance. On ne peut ensemer le liquide, qui n'a pas été recueilli aseptiquement ; il existe deux ou trois petits bâtonnets, sur les lames examinées.

Par l'acide nitrique on ne constate pas d'albumine.

Dans le sang, on note l'équilibre leucocytaire suivant :

Polynucléaires neutrophiles 80.31

Grands lymphocytes 11.17

Petits lymphocytes.	1.32
Grands mononucléaires	5.31
Eosinophiles.	1.86

Les crachats hémoptoïques, vers la fin de mai, deviennent un peu plus abondants.

L'examen radioscopique et radiographique pratiqué par M. Béclère montre dans la base du poumon droit une zone obscure en dôme régulier qui se confond avec l'ombre hépatique et remonte en haut jusqu'au voisinage de l'angle de l'omoplate.

On conseille au malade une intervention chirurgicale qui est acceptée et suivie de guérison.

OBSERVATION XIII (résumée)

(D^r A. Beclère).

*Kyste hydatique du foie, et kyste hydatique du poumon droit
(lobe supérieur).*

M..., jardinier, 64 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, le 18 mars 1902, parce qu'il se sent très affaibli et que son ventre augmente de volume. Il a perdu dans les six derniers mois, 20 livres et pèse 45 kilogs.

L'interne qui l'a examiné pense tout d'abord à une tuberculose pulmonaire avec cirrhose hypertrophique.

L'examen du foie montre une grosse saillie hémisphérique, présentant à la percussion le frémissement hydatique. Ponction : liquide eau de roche.

L'examen radioscopique montre une opacité du poumon droit, à contour inférieur arrondi, à convexité regardant en bas. Entre cette opacité et celle du foie s'étale une bande claire. L'aspect est tellement spécial, que le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit s'impose (V. fig. 1).

Le malade succombe aux progrès de la cachexie, sans qu'on ait seulement pu songer à une intervention. Vérification anatomique. Kystes hydatiques du foie. Kyste hydatique du lobe supérieur du poumon droit.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Dr A. Beclère).

Kyste hydatique du poumon droit (lobe inférieur) ouvert dans les bronches.

Le 21 juin 1902, une jeune femme de 27 ans M^{me} L..., est adressée par le Dr Delbet à M. le Dr Beclère, pour la soumettre à l'examen radioscopique.

Bien portante habituellement, elle tousse depuis le lundi de Pâques. On diagnostiqua une pleurésie enkystée, et un mois après, elle eut successivement trois vomiques et rendit « comme des grains de raisins ».

Elle en a encore rendu il y a deux jours. Ces vomiques avaient mauvaise odeur. Elle a eu des coliques hépatiques très douloureuses suivies d'ictère.

Au moment de l'examen, elle tousse à peine, ne crache plus, n'a plus de fièvre, et l'état général est bien meilleur.

D'après l'examen radioscopique, elle porte à la partie infé-

rière du poumon droit, plus près de la paroi antérieure un kyste affaissé sur lui-même et vide tout au moins en grande partie, environné de toutes parts, par du tissu pulmonaire relativement sain. Ce poumon est partiellement sclérosé (V. fig. 2).

OBSERVATION XV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Michon)

Kyste hydatique du poumon droit. — Pneumotomie—Guérison.

Paul..., âgé de 15 ans, entra à l'hôpital Bretonneau le 25 août 1901.

Aucun antécédent héréditaire important à signaler ; père et mère bien portants, trois frères et sœurs sains, en bonne santé.

Enfance normale.

En 1897 a été pris brusquement de douleur à la région hépatique et de toux sans expectoration. Entre alors à l'hôpital des Enfants-Malades chez le Dr Comby, où il est soigné durant un mois. On a constaté alors que le foie était très volumineux et on l'a envoyé dans le service du Dr Jalaguier qui fit une ponction et un lavage au sublimé dans un kyste situé dans le foie. Retour durant deux mois dans le service de M. Comby, puis le petit malade sort en apparence entièrement guéri.

Mais au bout de trois mois l'enfant est pris brusquement d'une douleur très vive sous le rebord inférieur des fausses côtes droites. Cette crise douloureuse fut de courte durée, mais se renouvela souvent. En outre depuis deux ans le petit malade crache du sang. Ces hémoptysies sont peu abondantes, consistant

en quelques filets de sang rouge et mousseux survenant sur tout la nuit et à intervalles de deux ou trois mois. Elles ne coïncidaient pas avec les crises douloureuses.

Il y a deux mois, le malade est pris brusquement d'un point de côté intense, d'une quinte de toux et d'une gêne respiratoire marquée, il crache une peau, puis expulse quelques crachats sanglants. A la suite soulagement immédiat.

Depuis ces deux mois l'expulsion de ces peaux s'est reproduite une dizaine de fois toujours avec le même cortège symptomatique. De plus à signaler quelques épistaxis — pas d'urticaire — bon état général.

Le 25 août, en venant à la consultation, le petit malade est pris d'un brusque accès de suffocation et crache une grande quantité de membranes s'accompagnant d'une hémoptysie abondante. L'examen des crachats montre qu'il s'agissait d'une grosse membrane recroquevillée renfermant elle-même d'autres membranes hydatides plus petites; on ne put déceler la présence de crochets.

Dans toute la moitié inférieure du poumon droit existe de la matité qui se continue avec la matité hépatique. Au niveau de la neuvième côte, où la matité est très marquée, il existe sur le prolongement de la ligne axillaire un souffle très intense avec retentissement amphorique de la toux et du gargouillement.

Le 4 septembre le malade est passé dans le service de chirurgie, et il est opéré le 12 septembre. Durant ces huit jours il présente de nombreuses vomiques, le pus étant strié de sang.

Le 12 septembre, opération sous chloroforme, une ponction exploratrice faite à ce moment est négative. Incision sur la neuvième côte dans le prolongement de la ligne axillaire; résection de la côte sur une longueur de 6 centimètres. La plèvre

pariétale est adhérente à ce niveau, et dans la plaie thoracique, on aperçoit en haut le cul-de-sac pleural où la séreuse est libre. Incision de la plèvre adhérente. Au-dessous on tombe dans une cavité ayant la dimension d'un œuf de dindé : les parois en sont dures, rigides, crétacées sur la plus grande partie de leur étendue. Il y a une large communication avec les bronches, et à chaque mouvement respiratoire, l'air est expulsé par la plaie. En explorant la cavité, on ne trouve aucun trajet traversant le diaphragme et se continuant avec une cavité intra-hépatique. La cavité pulmonaire contenait du pus et des débris de vésicules.

Deux gros drains dans la cavité.

Suites opératoires. — Simples, aucune élévation de température. Dès le surlendemain diminution de l'expectoration purulente, c'est à peine si le malade rejette en vingt-quatre heures deux ou trois crachats, plus aucune strie de sang.

16 septembre. — Suppression d'un des deux drains ; la poche purulente se vidant très bien d'elle-même.

10 octobre. — Oblitération de la fistule bronchique.

20 octobre. — Suppression du drain.

Amélioration progressive ; pas d'expectoration sauf durant un rhume ayant duré du 6 au 12 novembre.

5 décembre. — Cicatrisation complète. A ce moment on note encore à l'auscultation dans une zone de 5 à 6 centimètres, à la partie postérieure de la cicatrice un souffle assez fort à ce niveau, les vibrations thoraciques sont exagérées.

26 décembre. — Sortie de l'hôpital très bon état, plus de toux.

CONCLUSIONS

Il est d'une grande importance, au point de vue du traitement de diagnostiquer les kystes hydatiques du poumon aussi précocément que possible, et surtout avant la période de suppuration, avant toute vomique qui vient la manifester, et révéler le kyste d'une façon indiscutable, mais trop tardive.

1° La méthode radioscopique peut rendre les plus utiles services pour arriver à ce diagnostic précoce. Aussi, lorsqu'un malade aura présenté depuis longtemps une petite toux opiniâtre, accompagnée de dyspnée plus ou moins violente, et de légères hémoptysies à répétition, ensemble de symptômes qui peut éveiller l'idée de kyste hydatique, le médecin devra demander aux rayons Röntgen confirmation de ce diagnostic : l'aperception sur l'écran d'une tache sombre, à bords nettement arrondis et comme tracés au compas, est typique : seuls, l'anévrisme de l'aorte, ou un néoplasme peuvent offrir quelques ressemblances, et seront généralement faciles à éliminer. Les méthodes ordinaires d'exploration du thorax, pourront alors contrôler ce qu'aura révélé la radioscopie : l'existence d'une matité à limites brus-

ques, arrondies, coïncidant avec l'absence de respiration dans la même région, est un excellent signe de kyste hydatique.

2° Complétées l'une par l'autre, ces méthodes suffisent pour entraîner une certitude absolue : nous ne devons donc plus recourir à la ponction exploratrice, qui est loin d'être une opération inoffensive, mais qui présente au contraire de grands dangers, soit immédiats, soit postérieurs.

3° Nous bannissons d'une façon plus absolue encore la ponction évacuatrice, qui expose à un plus haut degré aux mêmes accidents que la ponction exploratrice, et en produit d'autres plus particuliers : tels la congestion ou l'œdème *a vacuo*, et les graves hémorragies qui les accompagnent. D'ailleurs les statistiques parlent suffisamment contre elle : la ponction, érigée en manière de traitement, a occasionné 64 o/o de décès. De plus, non seulement elle est dangereuse, mais elle est aussi une opération incomplète, puisqu'elle laisse à l'intérieur du poumon, la poche du kyste.

4° Le seul traitement recommandable est l'opération radicale : la pneumotomie. Les résultats obtenus par elle sont des plus encourageants, puisqu'elle a donné 85 o/o de succès. Actuellement le drainage s'impose presque toujours, et des fistules s'installent consécutivement pendant un temps plus ou moins long, finissant toujours par disparaître. Ces complications sont dues à ce que les kystes opérés sont presque tous suppurés. Mais, lorsque, grâce

à la radioscopie, les kystes seront diagnostiqués plus tôt, avant la période de suppuration, ces accidents pourront être évités, et la suture immédiate pourra être tentée.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Nouveaux procédés d'exploration. Paris, 1902.
- ALBERT. — Thèse de Paris, 1887.
- ARNOULD. — Bulletin méd. du Nord, oct. 1881.
- BARADUC. — Traitement des kystes hyd. Thèse de Paris, 1898.
- BEHZ. — Thèse de Paris, 1895.
- BECLÈRE. — Les rayons de Roentgen et le diagnostic de la tuberculose. Paris, 1898.
- La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques. II^e Congrès international d'Electricité et de Radiologie médicales. Berne, sept. 1902.
- Un cas de kyste hydatique du poumon gauche (Bull. et mén. Soc. méd. des Hôp. Paris, 1903.
- BEZAN. — Thèse de Paris, 1892-1893.
- BIRD. — Med. Times, 1873, p. 164.
- BAND et CHABANNES. — Revue de Méd., 1888, p. 177.
- BRUCE. — The Praktitioner, 1882, t. II, p. 286.
- CADET DE CASSICOURT. — Thèse de Paris, 1856.
- CASABIANCA. — Contribution à l'étude des kystes hyd. du poumon et à leur traitement. Thèse de Paris, 1888-1889.
- CASSUTO — Sur un cas de kyste hyd. du poumon (Bull. hôp. civ. français de Tunis, 1902, p. 117).

- CAESAR. — A case of hydatido primarily affecting the lung
(Lancet, London, 1900, II, p. 1872).
- CHACHEREAU. — Thèse de Paris, 1884.
- CANANDINI. — Sopra un caso di echinococco primitivo del
polmone destro (Gazz. d'Osped., Milano, 1902, p.
788).
- CORNIL et GIBIER. — Soc. anat., 1882.
- DELORME. — Contribution à la Chirurgie de la poitrine, VII^e
Congrès de Chirurgie. Paris, 1893, p. 422.
- DIVÉ. — De l'échinococcose secondaire. Thèse de Paris, 1901.
- DIEULAFOY. — Path. int. et Clin. méd., 1898-1899.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, 1899.
- DUCELLIN. — Etude clinique sur la tumeur à échinocoques
multiloculaire du foie et des poumons. Paris, 1866.
- FAISANS. — Maladies des organes respiratoires. Paris, 1903.
- GIARRÉ. — Un caso di cisti voluminosa da echinococco del
polmone destro in bambina di 7 anni, curato colla
estirpazione (Riv. crit. di Clin. méd., Firenze, 1902,
III, 6).
- GERULANOS. — Recherches sur le pneumothorax opératoire.
Presse Méd., 1899, p. 19.
- HALIPRÉ. — Kyste hyd. du poumon (Normandie méd.,
Rouen, 1900, XVI, 62).
- HEARN. — Kystes hyd. du poumon et de la plèvre. Thèse
de Paris, 1875.
- HOLZKNECHT (G.). — Die röntgenologische Diagn. der Erkrank-
ungen der Brusteingeweide. Hamburg, 1901.
- ISRAEL (James). — XV^e Congrès allem. de Chir., 1886.
- LANDOUZY. — Soc. anat., 1870.
- LEHMANN. — Th. de Paris, 1882.

LEMAIRE. — Th. de Paris, 1903.

LÉVY-DORN. — Berlin Klin. Woch., 1899, n° 20.

MALBAT. — Chir. du poumon. Arch. gén. de Méd., 1896,
t. I, p. 162.

MARCONNET. — Kystes hyd. du poumon. Progrès méd., XIII
et XIV, 1891.

MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire, 1902.

PASQUIER. — Traitement chirurgical des kystes hyd. du poumon. Th. de Paris, 1899.

PINARD. — Kyste hyd. du poumon (Bull. et Mém. Soc. anat.,
Paris, 1903, p. 523).

POSADAS. — Thoracoplastie temporaire et partielle pour l'extirpation des kystes hyd. du poumon. Buenos-Ayres, 1898.

POTHERAT. — Note sur deux cas de kyste hyd. du poumon.
(Bull. et Mém. Soc. Ch. Paris, 1898, p. 228).

— Kyste hyd. du poumon (Bull. et Mém. Soc. Ch.
Paris, 1905, p. 1149).

QUÉNU. — Soc. Ch., 29 janv. 1896.

REPETTO. — Sur un procédé de thoracoplastie applicable surtout au traitement des kystes hyd. intrathoraciques,
XIII^e Congrès inter. de Méd. Paris, 1900.

REMLINGER et GÉRAUD. — Sur le diagnostic des kystes hyd. du poumon (Bull. méd. Paris, 1897, p. 845).

ROGER. — Kystes hyd. du poumon chez l'enfant. Soc. Méd.
des Hôp., 1860.

TERRIER et RAYMOND. — Chirurgie de la plèvre et du poumon,
Paris, 1899.

TROUSSEAU. — Cliniques, t. I.

TRUFFIER. — Kyste hyd. du poumon (Bull. et Mém. Soc. de Ch., Paris, 1905, p. 995).

— Xe Congrès de Chirurgie, 1896, p. 389.

VIGLA. — Hydatides de la cavité thoracique. Arch. méd., 1855.

WIDAL. — Kyste hyd. du poumon simulant une tuberculose aiguë. Gaz. Hôp., 1872.

